

Die Betriebsführung der öffentlichen Allgemeinspitäler in der Schweiz

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors der Staatswissenschaften
der Philosophisch-Historischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Rolf Hans Ammann

von Aadorf (Thurgau)

*Die Betriebsführung
der öffentlichen Allgemeinspitäler
in der Schweiz*

Die Betriebsführung der öffentlichen Allgemeinspitäler in der Schweiz

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors der Staatswissenschaften
der Philosophisch-Historischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Rolf Hans Ammann

von Aadorf (Thurgau)

Genehmigt von der Philosophisch-Historischen Fakultät auf Antrag
der Herren Prof. Dr. Th. Brogle und Prof. Dr. E. Salin.

Basel, den 26. Mai 1951.

Prof. Dr. Fritz Meier
Dekan



Die vorliegende Arbeit erscheint unter dem gleichen Titel im Verlag der
VESKA (Verband schweiz. Krankenanstalten), Aarau 1952

Meinen lieben Eltern



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	9
Quellen- und Literaturverzeichnis	10

Einleitung

Kap. I: Der äußere Aufbau der Spitäler als Betriebswirtschaft

A. Art und Rechtsform	16
B. Standort und Verteilung	18
C. Die Betriebsgroe	22

Kap. II: Die betrieblichen Funktionen der Spitäler

A. Die Leitung	26
B. Die Beschaffung	29
1. Die Finanzierung	29
a) Die Gründungs- und Erweiterungsfinanzierung	29
b) Die laufende Finanzierung	31
2. Die Beschaffung von Personal und dessen Unterkunft	35
3. Der Einkauf	40
C. Die Leistung	42
1. Die ärztliche Betreuung	44
2. Die Krankenpflege	45
3. Die Verköstigung	47
4. Die Beherbergung	50
5. Die Hilfsdienste und Nebenbetriebe	52

Kap. III: Die Aufwände und ihre Deckung

Eine Untersuchung der Jahresrechnungen schweizerischer Spitäler von 1938—1948

A. Ziel und Grundlagen der Untersuchung	55
B. Die Aufwände	58
1. Die Gesamtaufwände	58
2. Der Personalaufwand	60
3. Die Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke	63
4. Die restlichen Aufwände	66
C. Die Aufwanddeckung	67
1. Die direkten Einnahmen	68
2. Die Leistungen der öffentlichen Hand	69

Kap. IV: Neue Wege

1. Ausbau des Rechnungswesens	72
2. Rationalisierung des Betriebes	77
3. Neuordnung des Krankenhauswesens	80
4. Neuordnung der laufenden Finanzierung	81

Rekapitulation

Anhang

	Beilage Nr.
Organisation des Bezirksspitals Jegenstorf	1
Organisation des Kantonsspitals Aarau	2
Organisation des Bürgerspitals Basel	3
Organisation des Kantonsspitals St. Gallen	4
Kontierung der Spitalbuchführung gemäß der eidgenössischen Krankenhausstatistik	5
Aufwände und deren Deckung in vier Spitälern von 1920—1935	6
Prozentuale Veränderung der Pflegetage (Graph.)	7
Die Aufwände (Graph.)	8
Die Aufwanddeckung (Graph.)	9
Prozentuale Aufwandvermehrung und maximal bewilligte Kost- gelderhöhung (Graph.)	10

Tabellenverzeichnis

1. Entstehung der allgemeinen Spitäler in der Schweiz	13
2. Rechtsform der Allgemeinspitäler 1942 und entsprechende Bettenzahl	18
3. Bettenverteilung in den schweiz. Allgemeinspitälern 1942 . .	23
4. Einnahmen aus besonderen Behandlungen 1948	34
5. Personalbestand im Jahre 1948 (4 Spitäler)	36
6. Prozentuale Veränderung der Pfllegetage von 1939—1948 . .	58
7. Totalaufwände der allgemeinen Spitäler von 1938 bis 1948 in Franken pro Krankenpfllegetag	58
8. Prozentuale Aufwandsvermehrung von 1939—1948	59
9. Durchschnittlicher Personalanteil auf 100 verpflegte Patienten pro Tag	60
10. Personalausgaben in Franken pro Krankenpfllegetag	61
11. Aufwände für die Verköstigung in Franken pro Kranken- pfllegetag	64
12. Anteil der Aufwände für Personal und Verköstigung am Ge- samtaufwand	65
13. Erträge aus Kostgeldern inkl. Einnahmen für besondere Be- handlungen und Röntgen pro Krankenpfllegetag in Franken .	68
14. Leistungen der öffentlichen Hand in Franken pro Kranken- pfllegetag	70
15. Der prozentuale Anteil der direkten Einnahmen und öffent- lichen Zuschüsse an den Gesamtaufwänden	70
16. Schema eines Betriebsabrechnungsbogens für ein mittleres Spi- tal auf Grund des VESKA-Anhanges	75

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Alter Dr. W.: Das Krankenhaus, Stuttgart 1936.
- Bericht des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Großen Rat über die Projektierungsarbeiten für das neue Kantonsspital vom 13. Februar 1940.
- Bernhard Dr. Alfred: Betriebsabrechnung und Kalkulation des Hotels, Bern 1948.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Chapman Frank E.: Hospital Organisation and Operation, New York 1924.
- Commission on Hospital Care: Hospital Care in the United States, New York 1947.
- Eidg. Gesundheitsamt: Oeffentliche Krankenanstalten der Schweiz 1930/31, Bern 1933.
- Eidg. statistisches Amt: Die Krankenanstalten in der Schweiz von 1936 bis 1942, statistische Quellenwerke der Schweiz, Heft 143, Bern 1944.
- Eidg. stat. Amt: VESKA-Anhänge (statistische Fragebogen) 1938—1948.
- Festschrift, Das Bürgerspital Basel 1260—1946.
- Frey Dr. H.: Gutachten über das Projekt für die Erweiterung des Kantonsspitals in Münsterlingen.
- Geschichtliches vom Inselspital in Bern, klinische Wochenschrift, Berlin und Wien, 9. Jahrgang Nr. 15, S. 702 ff.
- Grober Dr. J.: Das deutsche Krankenhaus, Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenhäuser, Jena 1932.
- Hüssy Dr. Paul: Das Krankenhaus und seine Funktionäre, Bern 1943.
- Jahresberichte und Kostgeldverordnungen verschiedener Anstalten.
- Jahrbuch für das gesamte Krankenhauswesen, Berlin 1926—1935.
- Landsberg H.: Fürsorgedienst im Krankenhaus, Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen, Berlin 1930.
- Mellerowicz Konrad: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Berlin 1948.
- Kosten und Kostenrechnung, Berlin und Leipzig 1933/36.
- Nosokomeion, Internationale Vierteljahresschrift für Krankenhauswesen, Stuttgart.
- Pütter Ernst: Einrichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser, Leipzig 1926.
- Ruck Dr. E.: Schweizerisches Verwaltungsrecht, II. Band, Zürich 1942.
- Schönfeld A.: Betriebsökonomie im Krankenhaus, Wiener medizinische Wochenschrift 1933.
- Statistische Jahrbücher der Schweiz.
- Schumacher P.: Planung im Krankenhauswesen auf dem Gebiete der Stadt Zürich, Diss. ETH 1939.

- Stevens Ed. F.: The American Hospital of the 20th century, New York 1928.
- Töndury/Gsell: Finanzierungen, Zürich 1948.
- Vertrag zwischen dem Staate Bern und der Inselkorporation vom 19. November 1923.
- VESKA-Anhänge folgender Spitäler:
- Bürgerspital Basel
 - Inselspital Bern
 - Kantonsspital Lausanne
 - Kantonsspital Zürich
 - Kantonsspital Aarau
 - Kantonsspital Glarus
 - Kantonsspital Liestal (Krankenanstalt)
 - Kantonsspital Winterthur
 - Kantonsspital Schaffhausen
 - Gemeindespital Rorschach
 - Gemeindespital Baden
 - Gemeindespital La Chaux-de-Fonds
 - Krankenasyll Menziken
 - Bezirksspital Burgdorf
 - Gemeindespital Horgen
 - Bezirksspital Couvet (Neuenburg)
 - Bezirksspital Schwarzenburg
 - Bezirksspital Belp
 - Bezirksspital Münsingen
 - Krankenasyll Adliswil
 - Bezirksspital Brugg
 - Krankenhaus Flawil
 - Krankenhaus Thusis
- VESKA-Denkschrift über Vorarbeiten, Gründung und Organisation des Verbandes schweiz. Krankenanstalten, VESKA-Verlag 1931.
- VESKA-Generalversammlungsprotokolle.
- VESKA-Verwaltungskommissionsprotokolle.
- VESKA-Zeitschrift, sämtliche Jahrgänge.
- VESKA-Zirkulare an die Mitglieder des Verbandes.
- Verfügungen der eidgenössischen Preiskontrolle betr. Spitaltaxen.
- Walther Dr. A.: Einführung in die Wirtschaftslehre der Unternehmung, Zürich 1947.
- Walther und Kunz: Hotel-Rechnungswesen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, Bern 1947.
- Weinstock Paul: Krankenhausbetriebslehre, Leipzig 1924.
- Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Berlin und Wien, 1927 bis 1939.

Einleitung

Die Auswirkungen der französischen Revolution, die Gedanken der Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit ließen jahrhundertalte Sitten und Gebräuche überwinden und schufen den Spitälern ihre heutige Stellung in der Gemeinschaft: Aus den früheren Armen- und Siechenhäusern wurden Heilstätten, und die religiöse Hilfsbereitschaft und Mildtätigkeit mußte dem rationalen Streben nach Genesung weichen.

In der Entwicklung des schweizerischen Spitalwesens ist ein gewaltiger Aufschwung um die Jahrhundertwende zu verzeichnen, wie dies in Tabelle 1 deutlich zum Ausdruck kommt.

Tab. 1. Entstehung der allgemeinen Spitäler in der Schweiz ¹⁾

vor 1860	40 Anstalten
von 1860—1879	57 Anstalten
von 1880—1899	44 Anstalten
von 1900—1919	82 Anstalten
von 1920—1942	53 Anstalten
Total	276 Anstalten

Dieser Aufschwung beruht zum Teil auf der Entwicklung der medizinischen Ausbildung, Forschung und Krankheitsbekämpfung, die heute ein materielles Rüstzeug und ein geschultes Personal erfordern, das nur durch ein modernes Spital bereitgestellt werden kann. Daß diese Entwicklung überhaupt möglich wurde, ist in erster Linie ein Verdienst der Aufklärung, die alles, was mit der ärztlichen Kunst zusammenhängt, aus dem mystischen Dunkel des Mittelalters in das klare Rampenlicht der rationalen Wissenschaft gerückt hat. Die Ersetzung der alten Armen- und Siechenhäuser durch solche Anstalten, die allen Bürgern eine gute ärztliche Behandlung gewährleisten, brachte es anderseits mit sich, daß die Spitalpflege die früher übliche Hauspflege der Kranken immer mehr verdrängte.

Ein modernes Spital ist nicht mehr eine bloße Aufenthaltsstätte zur vorübergehenden Behandlung mehr oder weniger arbeitsunfähiger Glieder der Gemeinschaft, sondern es bildet ein Instrument der sozialen Hygiene und der Gesundheitsfürsorge eines Landes. Laut Angaben des eidg. statistischen Jahrbuches verzeichneten im Jahre 1947 die schweizerischen Allgemeinspitäler ²⁾ (ohne Frauen- und Kinderspitäler) 9 Millionen Krankenpflegetage ³⁾. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

¹⁾ Tab. aus stat. Quellenwerke der Schweiz, Heft 143.

²⁾ Begriff des Allgemeinspitals vgl. Kap. I, Abschnitt A.

³⁾ Dies entspricht $\frac{3}{4}$ aller Hotelübernachtungen in der ganzen Schweiz innerhalb desselben Zeitraumes.

von 23 Tagen suchte somit ein Zehntel der schweizerischen Bevölkerung während dieses Jahres einmal ein allgemeines Krankenhaus auf. Nimmt man an, bloß ein Drittel dieser Patienten sei erwerbstätig, so entspricht gleichwohl allein der durch Spitalaufenthalt bedingte Produktionsausfall demjenigen eines zweitägigen, lückenlosen Generalstreiks aller Erwerbstätigen in der Schweiz.

Diese Zahlen lassen die Bedeutung des Spitalwesens im Hinblick auf die volkswirtschaftliche Produktionskraft deutlich erkennen. Sie lassen aber auch indirekt die betriebswirtschaftlichen Eigenarten des Krankenhauses zutage treten, das seine Aufgabe nicht als isolierte Betriebseinheit erfüllen kann, sondern «es muß sich in der planmäßigen Gliederung seiner regionalen und baulichen Entwicklung, in seiner Ausstattung und Verwaltung, in der Verknüpfung mit seinem Wirkungsbezirk und vor allem in seinen Leistungen, in seinem Denken und Handeln aller seiner Dienste, streng und ausschließlich auf die Bedürfnisse der Gesundheitspolitik einstellen»⁴⁾. Nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit ist das wesentliche Element.

Inwieweit sind nun diese Forderungen in der Schweiz verwirklicht? Eine zentrale Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinne kennen wir nicht. Artikel 69 der Bundesverfassung spricht dem Bund lediglich das Recht zu, zur Bekämpfung übertragbarer oder stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren gesetzliche Bestimmungen zu treffen. Die allgemeine Sorge für die Wohlfahrt des Volkes ist den Kantonen überlassen und die Armenpflege im besonderen den Gemeinden überbunden. Unsere Gesundheitsfürsorge hat weniger den Charakter einer Vorsorge, sondern entspricht vielmehr einer Nachsorge. Eine präservative Gesundheitspolitik würde häufig Eingriffe in die persönliche Sphäre des Bürgers nach sich ziehen, Eingriffe in sein Selbstbestimmungsrecht. «Grundsätzlich ist es Sache des Einzelnen, ob und wie er sich um seine Gesundheit kümmert; für die Verwaltung ist das Gesundheitswesen erst dann und insofern ein Tätigkeitsbereich, als das Gemeinwohl unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Gesundheit zu wahren und zu fördern ist»⁵⁾.

Unter diesen Umständen besteht auch keine völlige Eingliederung des Spitalwesens in die eidgenössische und kantonale Gesundheitspolitik. Sie ist nur insofern gegeben, als die öffentlichen Krankenhäuser den kantonalen oder kommunalen Behörden unterstehen, welche ihre Aufsichtsbehörde (ganz oder eventuell auch nur teilweise) wählen.

Die betriebswirtschaftliche Sonderstellung der öffentlichen Spitäler ist durch zwei Merkmale gekennzeichnet:

⁴⁾ Alter: Das Krankenhaus, Stuttgart 1936, S. 5.

⁵⁾ Ruck: Schweiz. Verwaltungsrecht II, Zürich 1942, S. 41. (Unter Verwaltung ist hier die öffentliche Verwaltung zu verstehen.)

1. durch ihre Bindung an das Gemeinwesen, und
2. durch ihre Eigenart als medizinische Institution.

Die Bindung an das Gemeinwesen ist in allen Intensitäten möglich und erstreckt sich in der Praxis von der bloßen Oberaufsicht bis zur Eingliederung des Spitals in die öffentliche Verwaltung. Vom betriebswirtschaftlichen Standpunkt aus ist eine zu enge Bindung nicht zu begrüßen. Sie verringert die Elastizität des Betriebes, schränkt seine Bewegungsfreiheit durch Gesetze und Verordnungen ein und vermehrt die sich auf jeden Betrieb unwirtschaftlich auswirkenden politischen Einflüsse. Praktisch zeigt sich dies u. a. darin, daß ein Großteil der Kompetenzen, die betriebswirtschaftlich gesehen dem Spitalleiter zukommen sollten, der nach politischen Gesichtspunkten gewählten Aufsichtsbehörde oder den kantonalen oder kommunalen Gesundheitsdepartementen übertragen sind.

Im weitern sind die Spitäler sehr stark traditionsgebunden: Als öffentliche Betriebe kennen sie keine Konkursgefahr und auch grundlegende Aenderungen der Betriebsorganisation, verbunden mit plötzlicher Erneuerung des gesamten Personals oder eines Großteils desselben, sind in der schweizerischen Spitalpraxis unbekannt. Zudem sind mehr als zwei Drittel der in einem Spital tätigen Personen weiblichen Geschlechts, wodurch die Traditionsgebundenheit noch verstärkt wird ⁶⁾. Nicht zuletzt sind auch Neuorganisationen in Spitälern durch die politische Aufsichtsbehörde den demokratischen Mühlen unterworfen, die eine revolutionäre Umgestaltung nicht leicht machen und selbst einer evolutionären Entwicklung oft Bremsen anlegen.

Seine Eigenart als medizinische Institution zeitigt auf die Betriebsführung eines Spitals starke Einflüsse, die teilweise ebenfalls traditionell bedingt sind. Die medizinischen Aspekte sind im Spital naturgemäß vorherrschend; sie lassen aber sehr oft rationale Erwägungen und Maßnahmen wirtschaftlicher Art in den Hintergrund treten, selbst dort, wo solche durchaus angebracht wären.

Solche Besonderheiten hat man sich immer wieder vor Augen zu halten, wenn im folgenden die Betriebswirtschaft und Betriebsführung der öffentlichen Allgemeinspitäler in der Schweiz untersucht wird.

⁶⁾ Beweiszahlen lassen sich hiefür nicht anführen, jedoch lauten diesbezügliche Äußerungen verschiedener Spitalverwalter durchwegs übereinstimmend.

Der äußere Aufbau der Spitäler als Betriebswirtschaft

A. Art und Rechtsform

Der Versuch, einen Standardtypus der schweizerischen Spitäler aufzustellen, wäre von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Schon die Anfänge des Spitalwesens weisen deutlich zwei Richtungen auf ¹⁾, die sich im Laufe der Zeit weiter entwickelt haben. Heute werden die Spitäler je nachdem, ob sie zur Heilung allgemeiner oder spezieller Krankheiten dienen, unterteilt in:

1. Allgemeine Spitäler, und
2. Spezialanstalten.

Allgemeinspitäler sind Krankenhäuser für körperlich akutkranke Personen, die der Spitalpflege bedürfen.

Unter Spezialanstalten sind Heilstätten für Tuberkulöse, Geistes- und Nervenranke, Epileptische, Krüppel, chronisch Kranke etc. zu verstehen, sofern solche Abteilungen nicht einem Allgemeinspital angeschlossen sind. Diese Anstalten sind in ihrer Aufgabe und dadurch in ihrer ganzen Struktur von einem Allgemeinspital verschieden, was schon rein äußerlich daraus ersichtlich ist, daß sie nicht Spital, sondern Heilanstalt, Heim, Sanatorium, Kurhaus und ähnlich genannt werden. Die vorliegende Untersuchung befaßt sich nicht mit diesen Spezialanstalten, sondern beschränkt sich auf die allgemeinen Spitäler.

Nach dem Eigentümer der Spitäler sind diese zu unterteilen in:

1. Rein öffentliche Betriebe, die alleiniges Eigentum eines Gemeinwesens sind (Kanton, Bezirk, Gemeinde).
2. Privatspitäler, welche Privateigentum sind und deren Leitung auch in privater Hand liegt. Diese Anstalten werden hier ebenfalls außer acht gelassen.
3. Gemischtwirtschaftliche Betriebe: Bei diesen beteiligt sich in der Regel ein Gemeinwesen in irgendeiner Form an einem Privatspital, das meist einer Korporation (Stiftung, Verein) zu eigen ist. Diese

¹⁾ Armenhäuser zur Hilfe für Bedürftige und Siechenhäuser zur Wahrung des öffentlichen Gesundheitsinteresses.

übernimmt damit eine Aufgabe des Gemeinwesens, das dafür seine finanzielle Unterstützung zusichert, wobei ihm meist auch die Oberaufsicht zusteht. Die gemischten Betriebe werden im folgenden ebenfalls als öffentliche Betriebe betrachtet, da ihre Betriebsführung diesen sehr nahe kommt und sie sich im Grunde lediglich durch größere oder geringere Selbständigkeit voneinander unterscheiden.

Die weitere Gliederung dieser öffentlichen Allgemeinspitäler hat zum Ziel, innerhalb der gezogenen Grenzen Kategorien zu bilden, für die mehr oder weniger allgemeingültige Richtlinien aufgestellt werden können.

Hiebei sind in erster Linie die Universitätsspitäler auszuschneiden, die sich in ihrer Art von allen andern Krankenhäusern unterscheiden. In ihnen wird ein großes Gewicht auf die medizinische Ausbildung und Forschung gelegt. Diese Aufgaben erfordern einen Aufwand an Einrichtungen und Personal, der in einem andern Spital wirtschaftlich nicht gerechtfertigt werden könnte.

Ebenso sind die Kantonsspitäler gesondert zu betrachten. In der Schweiz ist das Gesundheitswesen Sache der Kantone ²⁾. Daraus ergeben sich für die Kantonsspitäler — die dem Kanton eigenen Betriebe — besondere Aufgaben wie Führung von Spezialabteilungen, Altersheimen etc., die den Betrieb in organisatorischer und vor allem finanzieller Hinsicht belasten.

Es hält nicht leicht, für die übrigen allgemeinen Spitäler Unterscheidungsmerkmale zu finden, die eine klare Klassierung und Gruppierung ermöglichen. Die Krankenhausstatistik, die früher Bezirks- und Gemeindespitäler unterschied, trennte 1947 erstmals nach neuen Gesichtspunkten. Die Grenze bildet danach das Positionsmittel der Zahl der Anstalten, das heißt der (abgerundete) Medianwert ³⁾ der Spitäler und gliedert nun die übrigen Spitäler ⁴⁾ in solche mit mehr und solche mit weniger als 75 Betten. Diese Zweiteilung nach der Betriebsgröße ist sicher nicht die beste Lösung; sie ergab sich jedoch durch die besondern Verhältnisse. Angesichts der relativ kleinen Zahl von Spitälern würde eine eingehendere Gliederung den Zweck verfehlen, denn es entstünde eine Zersplitterung, die eine Untersuchung und wissenschaftliche Betrachtung wesentlich erschwerte.

Allgemein gesehen ist neben der Größe und Struktur auch die Art des Spitals gegeben durch die Aufgabe, resp. die Aufgaben, die es zu erfüllen hat; daneben können aber auch besondere Umstände wie zum Beispiel die geographische Gliederung des Einzugsgebietes oder die Art

²⁾ Ausnahme BV Art. 69 (vgl. Einleitung).

³⁾ Vgl. Kap. I, Abschnitt C.

⁴⁾ Sämtliche Allgemeinspitäler ohne Universitäts- und Kantonsspitäler.

und der Ruf eines benachbarten Spitals einen bestimmenden Einfluß auf die Gestaltung eines Krankenhauses ausüben.

Die Rechtsform eines Spitals kann innerhalb gewisser Grenzen frei gewählt werden. Die vorwiegend charitativ-gemeinnützige Zweckbestimmung der meisten öffentlichen schweizerischen Krankenhäuser kommt jedoch in der juristischen Gliederung der Spitäler, wie sie in Tabelle 2 aufgezeigt ist, klar zum Ausdruck.

*Tab. 2. Rechtsform der Allgemeinspitäler 1942
und entsprechende Bettenzahl ⁵⁾*

	Zahl der Spitäler	in %	Zahl der Betten	in %
Oeffentlich-rechtlich	90	32,6	15 621	49,3
Stiftungen	68	24,7	7 612	24,0
Vereine	82	29,7	6 715	21,2
Privatwirtschaftliche Unternehmungen	36	13,0	1 745	5,5
Total	276	100	31 693	100

Fast ein Drittel aller Allgemeinspitäler mit ungefähr der Hälfte sämtlicher zur Verfügung stehenden Krankenbetten sind öffentlich-rechtliche Betriebe, ein Viertel der Krankenhäuser mit einem Anteil von ebenfalls fast einem Viertel an der Gesamtbettenzahl sind charitative Anstalten in der Form von Stiftungsspitälern; mehr als ein Viertel der Spitäler mit einem Bettenanteil von 21,2 % wird von Vereinen geführt, deren Mitglieder vielfach Gemeinwesen sind, und nur 13 % aller Anstalten, die 5,5 % aller Krankenbetten in sich schließen, sind Unternehmungen privatwirtschaftlicher Natur. Aus diesem Grund wurde oben von einer freien Wahl innerhalb gewisser Grenzen gesprochen. Nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen geführte Spitäler sind in der Wahl ihrer Rechtsform absolut frei. Nicht frei sind aber die charitativen und gemeinnützigen Anstalten, bei welchen kapitalgesellschaftliche sowie speziell auf Gewinn ausgerichtete Rechtsformen überhaupt außer Diskussion stehen. Bei den öffentlich-rechtlichen Betrieben ist die rechtliche Stellung gegeben durch den Grad der Selbständigkeit des Spitals. Dieser wiederum ist niedergelegt in den Gesetzen und Verordnungen des betreffenden Gemeinwesens, welche von der Betriebsseite her nicht zu verändernde Grenzen und Möglichkeiten setzen.

B. Standort und Verteilung

Die Standortfrage hat im Spitalwesen gegenüber derjenigen der Industrie eine wesentlich andere Bedeutung. Die Leistung des Spitals ist weder transport- noch lagerfähig, sondern zeit- und ortsgebunden. Durch

⁵⁾ Zahlen aus stat. Quellenwerke der Schweiz, Heft 143.

diese Bindung des Leistungskonsums an den Ort der Leistungserstellung wird dieser bestimmend beeinflußt und hängt vom Einzugsgebiet, dessen Bevölkerungsdichte und den Verkehrsbedingungen ab. Deshalb sind Krankenhäuser größtenteils dort zu finden, wo die Nachfrage nach Spitalpflege am höchsten ist: in Städten und größeren Ortschaften ⁶⁾. Man kann die Spitäler somit in der Sprache der Betriebswirtschaftslehre als absatzorientiert bezeichnen.

Das Einzugsgebiet eines Spitals ist begrenzt durch die Einzugsgebiete umliegender Spitäler sowie teilweise auch durch geographische und politische Grenzen und läßt sich nur unwesentlich verändern. Die Wahl des Betriebsstandortes hat deshalb im Raume des gegebenen Einzugsgebietes zu erfolgen. Die verschiedenen Probleme der Standortwahl seien im folgenden an einem konkreten Beispiel dargetan:

Im Kanton Basel-Landschaft vermag die kantonale Krankenanstalt Liestal der Nachfrage nach Spitalbetten nicht zu genügen. Eine Erweiterung des bestehenden Krankenhauses kommt aus verschiedenen hier nicht näher zu untersuchenden Gründen nicht in Frage, so daß die Lösung in einem Neubau ⁷⁾ zu suchen ist. Dabei wird nun der Standortfrage besondere Bedeutung zugemessen, da erstens im Kanton kein weiteres Allgemeinspital besteht und zweitens die geographische Gliederung des Gebietes eine neue Standortprüfung als geboten erscheinen läßt. Ein Höhenzug trennt den Bezirk Arlesheim vom übrigen Kantonsteil ab. Die Verkehrswege jedoch umgehen diesen Höhenzug in der Weise, daß die Tram- und Bahnverbindungen zwischen dem obern Baselbiet und dem Birseck über Basel führen und selbst die direkte Autostraße nur einen sehr kleinen Teil des Umwegbogens abschneidet ⁸⁾. Vom verkehrstechnischen Gesichtspunkt aus müßte nun eigentlich der Standort eines neuen Zentralspitals dort gewählt werden, wo die beiden Haupttäler sich vereinen. Damit käme aber das Krankenhaus in allernächste Nähe der Stadt Basel hart an die Kantonsgrenze zu liegen und könnte neben den städtischen Kliniken nur ein verhältnismäßig bescheidenes Dasein fristen, ganz abgesehen davon, daß die Verbindungswege zum südlichen Einzugsgebiet verlängert würden. Es stellt sich somit die Frage, ob es nicht zweckmäßiger ist, den Bezirk Arlesheim als natürliches Einzugsgebiet der Stadt zu belassen ⁹⁾ und das neue Spital auf das Einzugsgebiet des Ergolztales

⁶⁾ Laut Veröffentlichung des eidg. statistischen Amtes entfielen im Jahre 1942 mehr als ein Drittel aller schweizerischen Krankenbetten allein auf die zehn Städte mit mehr als 30 000 Einwohner.

⁷⁾ Unter der Annahme, daß wieder ein zentrales Kantonsspital zu erstellen sei.

⁸⁾ Distanz zwischen Arlesheim und Liestal: Luftlinie 9 km, Bahn 22 km, Autostraße 17 km.

⁹⁾ Die Kostgeldunterschiede zwischen Liestal und Basel können dabei durch ein Abkommen zwischen den beiden Kantonen geregelt werden.

auszurichten. Weniger infolge seiner Eigenschaft als Kantonshauptort als vielmehr wegen seiner zentralen und verkehrstechnisch günstigen Lage bietet der alte Betriebsstandort Liestal wesentliche Vorteile, so daß betriebswirtschaftlich gesehen das neue Spital auch wieder dorthin zu stehen kommen sollte ¹⁰⁾. Aber noch weitere Gründe sprechen für die Beibehaltung des alten Standortes. In Liestal befindet sich auch die kantonale Heil- und Pflegeanstalt, die heute verwaltungstechnisch mit der Krankenanstalt zusammengefaßt ist. Daraus ergeben sich unter anderem wirtschaftliche Vorteile (gemeinsame betriebliche Einrichtungen wie Wäscherei, technischer Dienst, Gärtnerei, Automobilbetrieb), die nur bei gleichem Standort der Betriebe erhalten bleiben können.

Zusammenfassend lassen sich für die Standortswahl eines Krankenhauses folgende Bestimmungsgründe feststellen:

1. Ausdehnung und Grenzen des Einzugsgebietes unter Berücksichtigung besonderer Umstände.
2. Bevölkerungsdichten innerhalb des Einzugsgebietes (Konzentrationspunkte).
3. Vorhandene und mögliche Verkehrswege zur Erreichung des Spitals.
4. Besondere medizinische oder wirtschaftliche Vorteile eines gewissen Standortes.

Wenn der Standort eines Spitals im Raume des Einzugsgebietes bestimmt ist, stellt sich die weitere Frage, wo innerhalb dieser Agglomeration das Krankenhaus stehen soll. Dieses Problem wird als Platzfrage bezeichnet und sei an einem weiteren Beispiel erläutert: Das Kantonsspital Schaffhausen bedurfte dringend einer Erweiterung. Zur Lösung dieser Aufgabe standen zwei Wege offen, ein Ausbau des bestehenden Spitals oder ein Neubau, wobei Schaffhausen als Standort nicht verlassen werden sollte. Deshalb wurde der Platzfrage ein besonderes Augenmerk geschenkt. Einem Bericht des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Großen Rat über die Projektierungsarbeiten für das neue Kantonsspital ist zu entnehmen, daß ein Ausbau auf dem Altareal mit spitaltechnischen Nachteilen behaftet gewesen wäre, die den Betrieb kompliziert und verteuert hätten, und daß die Baukosten für einen Neubau niedriger ausfallen würden als für einen Umbau am alten Platz. Wörtlich heißt es sodann im Bericht: «Diese finanziellen Gründe und die Tiefenlage des Altareals in nächster Nähe von Bahn, Industrie und lärmender Straße lassen die Ausführung von umfangreichen Ergänzungs- und Umbauten in der Lage des heutigen Spitals . . . als unverantwortlich erscheinen. Die überall verfolgte Tendenz, Spitäler aus dem Stadtkern an die Peripherie in stille, sonnenreiche Lage zu verlegen, hat in Schaffhausen doppelten Sinn, da wir in der glücklichen Lage sind, ein in der Nähe der Stadt

¹⁰⁾ Anderslautende politische Gründe stehen hier nicht zur Diskussion.

hochgelegenes, geradezu ideales Waldgelände als unser Eigentum zur Verfügung stellen zu können.» — Neben finanziellen Ueberlegungen war es somit das Problem der Flucht vor dem Lärm und die Klimafrage, welche die zuständigen Organe bewogen, den neuen Platz zu wählen. Daneben sprach für die neue Lage des Krankenhauses auch die Tatsache, daß nach dieser Richtung bereits eine Tramverbindung besteht, die leicht bis zum Spital verlängert werden kann.

Die Platzfrage darf aber nie zur Standortfrage werden. Es geht nicht an, allein wegen der ruhigen, geschützten und sonnigen Lage ein Krankenhaus weit von jeder Bevölkerungsagglomeration und Bahnstation entfernt zu bauen. Solche Ueberlegungen sind angebracht bei der Erstellung eines Sanatoriums. Ein Allgemeinspital jedoch muß in erster Linie rasch erreichbar sein. Beim Neubau des Kantonsspitals Zürich wurde zum Beispiel von einer Verlegung in die Außenquartiere abgesehen, um die Universitätskliniken möglichst nahe an den stark bevölkerten Wohngebieten zu belassen und um die räumliche Verbindung mit der Universität zu wahren.

Die heutigen Standorte der schweizerischen Spitäler entsprechen nicht durchwegs den Forderungen einer neuzeitlichen Spitalpolitik, sondern stellen das Ergebnis einer langjährigen Entwicklung dar. Die Wahl des Standortes bei der Gründung der Spitäler erfolgte nicht nach den heute maßgebenden Gesichtspunkten, sondern beruhte vielfach auf subjektivem Ermessen ¹¹⁾ und auf allerlei Zufälligkeiten. Außerdem lassen die Entwicklung des Transportwesens und des Städtebaues einerseits und der medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anderseits häufig die frühere Standorts- und Platzwahl wie übrigens auch die Betriebsgröße heute als unzumutbar erscheinen. Aber auch unser föderatives Staatswesen trägt dazu bei, daß der Standort der Spitäler nicht immer nach wirtschaftlichen Grundsätzen gewählt wurde. Die öffentlichen Krankenhäuser sind Sache der Kantone und Gemeinden, deren politische Grenzen vielfach nicht mit dem natürlichen Einzugsgebiet des betreffenden Spitals übereinstimmen ¹²⁾.

Betriebswirtschaftlich betrachtet ist die Standorts- und Platzfrage zweifellos relevant. Im Rahmen der Gesundheitsfürsorge eines Landes kommt jedoch auch dem Verhältnis zwischen den Spitälern, resp. der Bettenzahl und der Wohnbevölkerung wesentliche Bedeutung zu. Nach Angaben des eidgenössischen statistischen Amtes entfielen 1909 gesamtschweizerisch auf 10 000 Einwohner 41 Krankbetten ¹³⁾ in Allge-

¹¹⁾ Speziell bei Stiftungen.

¹²⁾ Vgl. z. B. die Verhältnisse im Kanton Basel-Landschaft und die Abgrenzung zu Basel.

¹³⁾ Diese und alle später noch folgenden Bettenziffern beziehen sich auf die Zahl der Normalbetten, das heißt, sie schließen die Notbetten nicht ein.

meinspitälern. Bis zum Jahre 1936 stieg dieser Bettenanteil auf 68 und erreichte 1942 74 Krankenbetten pro 10 000 Einwohner. Mit dieser letzten Zahl erreichte die Schweiz einen höheren Durchschnitt als zum Beispiel die Vereinigten Staaten von Nordamerika, die bloß in den Städten über ein gut ausgebautes Spitalwesen verfügen, und wo aber 1945 laut Feststellungen der *Commission on Hospital Care* auf 10 000 Einwohner je nach Staat nur 15—63 Krankenbetten entfielen. In den einzelnen Kantonen der Schweiz schwankte die entsprechende Durchschnittsziffer im Jahre 1942 zwischen 15 und 148, während sie für die Städte mit mehr als 30 000 Einwohner 123 betrug.

Diese Zahlen lassen darauf schließen, daß in der Schweiz doch eine Verteilung der Krankenbetten vorliegt, die den Bedürfnissen der einzelnen Landesteile gerecht zu werden vermag ¹⁴⁾. Die konkreten Verhältnisse liegen denn auch so, daß kaum eine Siedlung zu finden ist, von der aus nicht im Umkreis von höchstens 50—60 km ein Spital erreicht werden kann. Einer solchen Distanz kommt aber bei den heutigen Verkehrsmitteln ¹⁵⁾ und Verkehrswegen und in Anbetracht des gut ausgebauten Krankentransportdienstes keine Bedeutung mehr zu.

C. Die Betriebsgröße

Die Betriebsgröße eines Spitals wird gemessen an der Zahl der darin zur Verfügung stehenden Krankenbetten. Es wäre auch denkbar, die Zahl der Beschäftigten oder die Anzahl der in einem bestimmten Zeitraum aufgenommenen Patienten als Kriterium zu wählen, jedoch hängen diese Größen sehr stark von der Gattung des Spitals ab und werden im Krankenhaus — im Gegensatz zum Produktionsbetrieb — nicht verwendet.

Tabelle 3 gibt Aufschluß über die Bettenverteilung in den schweizerischen Allgemeinspitälern und damit auch über deren Größenverhältnisse.

Jedes Spital verfügt außer seinem Normalbettenbestand über eine gewisse Bettenreserve, die im Notfalle mobilisiert werden kann, sei es durch Umwandlung von Aufenthaltsräumen in Krankenzimmer oder durch Vermehrung der Bettenzahl in den Krankensälen. Zwischen Normal- und Notbetten hat sich in der Praxis ein Verhältnis von 10:1 herausgebildet. In der Schweiz betrug der Notbettenanteil 1942 11,0 %, 1947 noch 9,7 %.

¹⁴⁾ Von einzelnen Ausnahmen sei hier abgesehen, da gerade in Kantonen mit geringer Bettenzahl größere Spitalbauten geplant oder schon im Entstehen begriffen sind.

¹⁵⁾ Hierbei bietet die moderne Technik neue Möglichkeiten. Es sei z. B. an die Verwendung von Helikoptern erinnert, die heute schon in gewissen Ländern zu Rettungs- und Bergungsaktionen eingesetzt werden können.

*Tab. 3. Bettenverteilung in den schweizerischen
Allgemeinspitälern 1942 ¹⁶⁾*

	Zahl der Betten	in %	in diesen vorhandene Betten	in %
— 50 Betten	84	30,4	2 744	8,6
51 — 100 Betten	97	35,2	7 218	22,8
101 — 200 Betten	68	24,6	9 536	30,1
201 — 300 Betten	15	5,5	3 646	11,5
301 — 500 Betten	4	1,4	1 451	4,6
501 — 1000 Betten	5	1,8	7 098	22,4
1000 — Betten	3	1,1		
Total	276	100	31 693	100

Insgesamt verteilen sich die total 31 693 Krankenbetten auf 276 Allgemeinspitäler. Daraus ergibt sich eine theoretische Durchschnittsgröße ¹⁷⁾ von 115 Betten pro Spital. Betrachtet man aber in obiger Tabelle die Häufigkeitsverteilung der Anstalten, so ändert sich das Resultat wesentlich, da zwei Drittel aller Anstalten weniger als 100 Betten aufweisen. Die häufigste GröÙe ist in der Klasse von 51—100 Betten zu finden und der Medialwert der 276 Spitäler berechnet sich mit 77 Betten ¹⁸⁾ pro Spital. Diese Zahlen zeigen deutlich, daß im schweizerischen Spitalwesen die Kleinbetriebe vorherrschen.

Zur Ermittlung des Mitteltyps des schweizerischen Allgemeinspitals ist in jeder Größenklasse neben der Zahl der Anstalten auch die jeweilige Zahl der auf die entsprechende Größenklasse entfallenden Krankenbetten zu berücksichtigen. Auf diese Weise ergibt sich aus Tabelle 3 ein Medialwert der SpitalgröÙe von 138 Betten pro Anstalt, mit andern Worten, die mittlere GröÙe eines schweizerischen Allgemeinspitals liegt bei 138 Betten.

Das Krankenhaus ist hinsichtlich seiner BetriebsgröÙe an das Einzugsgebiet gebunden und hat sich nach dessen Bevölkerungsdichte zu richten. Zur Untersuchung der mit der BetriebsgröÙe zusammenhängenden Fragen folgt wiederum eine Erläuterung der konkreten Verhältnisse im Kanton Basel-Landschaft ¹⁹⁾: Die Wohnbevölkerung dieses Kantons verteilt sich nach der Volkszählung von 1950 folgendermaßen auf die einzelnen Bezirke:

¹⁶⁾ Absolute Zahlen aus stat. Quellenwerke, Heft 143.

¹⁷⁾ Arithmetisches Mittel.

¹⁸⁾ Für die Einteilung der Spitäler (vgl. Kap. I, Abschnitt A) auf 75 abgerundet.

¹⁹⁾ Vgl. Kap. I, Abschnitt B.

Bezirk Arlesheim	53 497 Einwohner
Bezirk Liestal	25 336 Einwohner
Bezirk Sissach	18 460 Einwohner
Bezirk Waldenburg	10 097 Einwohner
Total	107 390 Einwohner

Erfahrungsgemäß partizipierte bisher der Bezirk Arlesheim nur mit ca. 10 % an der Patientenzahl der kantonalen Krankenanstalt, so daß praktisch die drei übrigen Bezirke mit einer Wohnbevölkerung von rund 54 000 als Einzugsgebiet zu betrachten sind. Da man aber annehmen kann, daß nach der Erstellung eines neuen, gut ausgerüsteten Allgemeinspitals dieses auch in vermehrtem Maße von Patienten aus dem Bezirk Arlesheim aufgesucht wird, dürfte zu den erwähnten 54 000 Einwohnern noch ca. ein Drittel der Wohnbevölkerung dieses Bezirkes hinzugerechnet werden, so daß sich eine Bevölkerungszahl des Einzugsgebietes von rund 71 500 Einwohner ergibt. Auf 10 000 Einwohner rechnet man im allgemeinen ca. 60 effektiv zur Verfügung stehende Krankenbetten, so daß ein neues Spital in diesem Falle 430 Krankenbetten aufzuweisen hätte. Nun ist jedoch für die Feststellung des Bettenbedarfes die durchschnittliche Bettenbelegung zu berücksichtigen, die gemäß in- und ausländischer Erfahrung mit 80 % veranschlagt wird. Es zeigt sich in der Praxis, daß in einem Allgemeinspital immer ungefähr 20 von 100 Betten nicht belegbar sind. Frey gibt für diese Erscheinung folgende Gründe an ²⁰⁾:

1. Räumliche Unterteilung nach Geschlechtern und nach dem Alter (Frauen und Männer, Erwachsene und Kinder).
2. Unterteilung der Betten für infektiöse und nicht infektiöse Patienten.
3. Infolge Patientenwechsel müssen stets frei gewordene Betten gereinigt, repariert oder desinfiziert werden und kommen daher vorübergehend außer Betrieb.
4. Für interne und chirurgische Notfälle müssen stets leere Betten bereit stehen.

Diese Gründe wären noch dahingehend zu ergänzen, daß auch die Belegungsschwankungen der verschiedenen Jahreszeiten ²¹⁾ sowie die Möglichkeit von Epidemien eine gewisse Zahl leerer Betten verursachen, resp. erfordert.

Wenn im obigen Beispiel diese Umstände miteinbezogen werden, erhöht sich der Bedarf an Betten auf rund 530. Von dieser Summe geht die Bettenzahl des alten Krankenhauses ab, da dieses als Pflegestation für

²⁰⁾ Frey: Gutachten über das Projekt für die Erweiterung des Kantonsspitals in Münsterlingen.

²¹⁾ Vgl. Anmerkung Kap. II, Abschnitt C, Ziff. 4.

Chronischkranke weiterhin verwendet werden kann, so daß für das neue Spital rund 400 Betten vorzusehen sind.

Ob ein solches 400-Betten-Spital im Optimum arbeiten kann, hängt vom Standard der Krankenhausleistung ab, die von ihm gefordert wird. Von einem Kantonsspital erwartet man heute, daß es mindestens über Spezialabteilungen für Chirurgie und innere Medizin, Geburtshilfe und Gynäkologie, eventuell Otolaryngologie und Ophtalmalogie sowie auf jeden Fall über Infektionsstationen verfügt. Dazu muß es mit Einrichtungen für diagnostisches und therapeutisches Röntgen, Durchleuchtungen, physikalische Therapie, Mechano- und Hydrotherapie etc. ausgerüstet sein, um wirklich als Allgemeinspital im modernen Sinne gelten zu können. Die volle Ausnützung all dieser Einrichtungen würde aber eine weit größere Patientenzahl erfordern, als wirklich vorhanden ist. Dasselbe gilt auch für andere Anlagen wie zum Beispiel Operationssäle, Untersuchungseinrichtungen, Apotheke, Oekonomien und technische Hilfsbetriebe und andere, deren Kapazität nie oder nur stoßweise restlos beansprucht wird. Das Spital kennt deshalb kein Optimum wie ein Produktionsbetrieb, der dasjenige Produktionsvolumen erstrebt, bei dem die Gesamtkosten der Produktionseinheit am geringsten sind. Im Krankenhaus sind die von der Bevölkerungszahl des Einzugsgebietes abgeleitete Bettenzahl *und* die geforderte Ausrüstung Plandaten, die dem Spital als Betriebswirtschaft ein besonderes Gepräge verleihen.

Allgemeine Richtlinien für die Betriebsgröße eines Spitals lassen sich nicht aufstellen; in erster Linie ist der Bedarf an Spitalbetten, sodann Aufgabe, Zweck und Charakter der Anstalt bestimmend. Auf Grund der Angaben in Tabelle 3 kann jedoch gesagt werden, daß die Mehrzahl der schweizerischen Spitäler wirtschaftlich und medizinisch gesehen eher zu klein als zu groß sind. Sollte die Zukunft eine Neugestaltung unseres Krankenhauswesens im Sinne einer Gesamtplanung bringen, so dürfte diese sehr wahrscheinlich auf eine Verringerung der Zahl der Spitäler und dafür auf eine Vermehrung der Bettenzahl in den verbleibenden Anstalten hintendieren.

Die betrieblichen Funktionen der Spitäler

A. Die Leitung

Die Spitäler erfüllen im Dienste der Allgemeinheit eine Aufgabe, die in der Erkennung, Behandlung, Heilung und Verhütung von Krankheiten besteht. Sie sind Zweckbetriebe gemeinwirtschaftlicher Natur und ihre Leitung hat sich dementsprechend dem Allgemeininteresse unterzuordnen. Die oberste Leitung der öffentlichen Krankenhäuser findet im schweizerischen Spitalwesen ihre konkrete Gestalt in der Spitalbehörde, welche Aufsichtskommission, Pflegamt, Stiftungsrat und ähnlich genannt wird. In kantonalen Anstalten untersteht diese dem kantonalen Sanitätsdepartement und in kleinen Krankenhäusern ¹⁾ in der Regel einer oder mehreren kommunalen Behörden. Bei den Stiftungsspitalern sind die statutarischen Bestimmungen maßgebend, wobei besondere vertragliche Abmachungen mit öffentlichen Behörden ²⁾ mitbestimmend wirken können. Diese Spitalbehörde übt aber nur in einigen Kleinbetrieben unmittelbare Leiterfunktion aus. Als Beispiel sei hier das Bezirkskrankenhaus in Jegenstorf genannt ³⁾: In diesem wird die Spitalbehörde Direktion genannt und damit ihre Funktion klar bezeichnet. Eine nur periodisch tagende Behörde ist aber nicht geeignet, die täglichen Geschäfte einer Betriebswirtschaft zu führen, weshalb diese Aufgabe im erwähnten Spital der Oberschwester übertragen ist. Der Arzt und der Verwalter (hier Spitalkassier genannt) erfüllen ihre Funktion nebenamtlich, so daß praktisch trotz des Bestehens einer Direktion die Oberschwester als Leiterin des Spitals betrachtet werden muß.

In den meisten Krankenhäusern der Schweiz ist die Spitalbehörde das Aufsichtsorgan, während die Leitung der Dienste kraft eines Gesetzes oder Reglementes an einen Direktor übertragen wird. Als solcher amtiert in der Regel einer der Chefärzte. Diese Praxis erfolgt in Uebereinstimmung mit der deutschen Auffassung, nach welcher ein Spital eine medizinische Institution sei und deshalb unbedingt von einem Arzt geleitet

¹⁾ Bezirks- und Gemeindespitäler.

²⁾ Hauptsächlich inbezug auf die Defizitdeckung oder Erlangung von allgemeinen Zuschüssen von Seiten der öffentlichen Hand.

³⁾ Vgl. Beilage Nr. 1 des Anhanges.

werden müsse. Ein Beispiel einer solchen Organisation ist in der Beilage Nr. 2 des Anhangs aufgezeichnet.

Demgegenüber sieht das Bürgerspital Basel an seiner Spitze einen Verwaltungsdirektor, dem in administrativen Belangen auch die Chefärzte und Vorsteher der klinischen Abteilungen und Institute strikte untergeordnet sind (vgl. Beilage Nr. 3 des Anhangs). Obschon diese Lösung vom betriebswirtschaftlichen Standpunkt aus unbedingt als die vorteilhafteste anzusehen ist, stellt ihre Verwirklichung in Basel unseres Wissens eine einmalige Ausnahme im schweizerischen Spitalwesen dar.

Ob man allgemein einem Arzt oder einem Verwaltungsfachmann als Spitalleiter den Vorzug gibt, ist eine Ermessensfrage. Es ist ohne weiteres klar, daß der Spitalarzt in allen medizinischen Belangen weitgehend freie Hand haben muß. Andererseits erfordert aber die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung, daß sich auch der Arzt der betrieblichen Organisation und Administration unterordnet. Die ideale Lösung wäre, wie *Alter* sie vorschlägt, ein Arzt, der zugleich auch Wirtschaftler ist: «Für den Spitalleiter ist eine weitgehende Kenntnis aller ärztlichen und hygienischen Wirkungsmöglichkeiten ebenso unentbehrlich, wie eine in allen Geschäften des Krankenhauses vollkommen genügende geschäftliche Tüchtigkeit und die dazu notwendige Ausbildung. Der leitende Arzt muß alle diese Geschäfte im Geist und in der Form der kaufmännischen Buchhaltung erfassen und zu Ende denken; er muß jede Gewinn- und Verlustrechnung und jede Bilanz richtig und mit schärfster Kritik lesen können, aber auch aufzumachen oder zu berichtigen verstehen. Er muß über eine sehr vielseitige und eingehende Warenkunde und über einen tiefgreifenden Einblick in die gesamte Krankenhaustechnik verfügen, nicht zuletzt in allen Fragen der Wärme- und Kraftwirtschaft» ⁴⁾. All dies nun sollte ein Vertreter einer an und für sich schon immensen Wissenschaft, wie die Medizin ist, zusätzlich beherrschen; ein Ideal, das in der Praxis nur selten verwirklicht werden kann. «Der Mediziner von heute und gestern ist meistens nicht geeignet, Erwägungen ökonomischer Natur anzustellen, denn seine ganze Erziehung, sein Lehr- und Lebensgang lenkt ihn immer wieder nur auf die Lösung von Individualproblemen hin» ⁵⁾. Aber auch ein Wirtschaftler ist nicht ohne weiteres in der Lage, all die Besonderheiten, die sich in der Betriebswirtschaft und Betriebsführung eines Spitals ergeben, zu überblicken und mit dessen Problemen fertig zu werden, wie eine amerikanische Kommission zum Studium der Spitalfragen in den USA eindeutig feststellt: «The position of administrator in hospital is no longer one that can be filled out by an untrained,

⁴⁾ *Alter*, a. a. O., S. 56.

⁵⁾ *Schönfeld*: Betriebsökonomie im Krankenhaus, Wiener med. Wochenschrift 1933, S. 922.

unexperienced individual. Likewise, the executive taken from another field cannot occupy the post satisfactorily until he has gained full knowledge of the functions and complexities of the organisation» ⁶⁾).

Um eine klare Trennung der Aufgaben und Kompetenzen zwischen Arzt und Verwalter zu erleichtern, ohne den einen oder andern unterzuordnen, sind in verschiedenen schweizerischen Spitälern unter der Aufsicht der Spitalbehörde je ein ärztlicher Leiter und ein Verwaltungsfachmann koordiniert, entsprechend dem technischen und kaufmännischen Direktor in einer Aktiengesellschaft. Als Beispiel hiezu ist in der Beilage Nr. 4 des Anhanges die Organisation des Kantonsspitals St. Gallen dargestellt. Der Verwalter des Spitals vertritt dieses nach außen. Er trägt den Behörden gegenüber die Verantwortung für den wirtschaftlichsten Einsatz aller Kräfte und Mittel, jedoch nicht für die Spitalleistung als solche. Diese ist Sache der Chefärzte.

Mellerowicz ⁷⁾ nennt als Funktion der Leitung eines Betriebes Disposition, Organisation, Kontrolle und Repräsentation. Diese Aufgaben sind vorwiegend wirtschaftlicher Natur und es ist nicht einzusehen, warum sie im Spital nicht auch wie in jeder andern Betriebswirtschaft durch einen geschulten Fachmann erfüllt werden sollen. Dieser Wirtschaftler muß im Betrieb frei schalten und walten können, wenn er nach außen, das heißt dem Volk und den Behörden gegenüber die Verantwortung für den wirtschaftlichsten Einsatz aller Mittel zur Leistungserstellung trägt. Er wird sich jedoch nie dazu verleiten lassen, dem Spitalarzt irgendwelche das medizinische Arbeitsgebiet betreffende Vorschriften zu machen. Er wird nur dem Arzt die Tätigkeiten wirtschaftlicher Art, das rationale Kostendenken abnehmen, damit dieser sich ganz und ausschließlich seiner Hauptaufgabe, der Betreuung seiner Patienten widmen kann. Der wirtschaftliche Leiter eines Spitals will die Krankenhausleistung, einen außerökonomischen oder ökonomisch nicht meßbaren Zweck mit wirtschaftlichen Mitteln erreichen. Im französischen Spitalwesen wurde diese Erkenntnis 1939 gesetzlich verankert durch eine Bestimmung in der Krankenhausordnung, wonach in Spitälern mit mehr als 500 Betten ein von der Anstalt besoldeter Beamter mit dem Titel Direktor die Leitung der Dienste zu sichern habe ⁸⁾. Inwieweit in der Schweiz das vom betriebswirtschaftlichen Standpunkt aus wenigstens für die größeren Anstalten vorbildliche Beispiel des Bürgerspitals Basel Schule macht, bleibt abzuwarten.

⁶⁾ Hospital Care, in the US, New York 1947, S. 72.

⁷⁾ Mellerowicz: Allg. Betriebswirtschaftslehre, Berlin 1948, Bd. I, S. 114.

⁸⁾ Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 1940, S. 228. (Man beachte, daß von einem Beamten und nicht von einem Arzt die Rede ist.)

B. Die Beschaffung

1. Die Finanzierung

a) Die Gründungs- und Erweiterungsfinanzierung

Die Verschiedenartigkeit der Spitäler und die Komplexität der rechtlichen Verhältnisse, die sich aus einer langjährigen Entwicklung ergeben haben, zeitigen ihre Auswirkungen auch in der Beschaffung von neuem Anlagekapital. Es wurde gezeigt ⁹⁾, daß die Spitäler mehrheitlich privatrechtlichen und speziell charitativen Ursprungs sind. Nur dort, wo die private Wohltätigkeit nicht ausreichte, trug die öffentliche Hand dazu bei, die im Allgemeininteresse liegenden Spitäler zu erhalten. Im Prinzip ist dieser Modus teilweise bis heute gleich geblieben und die folgenden Beispiele zeigen, auf welche Weise in den letzten Jahren das für Spital-Erweiterungs- und Neubauten notwendige Kapital bereitgestellt wurde:

Dem durch eine Stiftung im Jahre 1354 gegründete Insspital in Bern war es vergönnt, bis heute seine volle Selbständigkeit wahren zu können, obschon die Regierung von Bern seit der Gründung die Oberaufsicht inne hatte. Durch Vermächtnisse und Schenkungen kam das Spital in den Besitz großer Vermögenswerte, die es ihm ermöglichten, seine Neuanlagen größtenteils aus eigenen Mitteln zu finanzieren. In den Jahren 1881—1884 wurde das heutige Insspital erstellt. Die Baukosten beliefen sich auf rund 2,5 Millionen Franken, an welche Summe der Staat Fr. 700 000.— beisteuerte. Fr. 200 000.— gingen an freiwilligen Gaben ein, so daß die Inskorporation 1,6 Millionen aufzubringen hatte. Auch die Erweiterungsbauten der folgenden Jahre wurden aus eigenen Mitteln finanziert. Es zeigte sich aber, daß das Spital an diesen Belastungen zugrunde ginge, wenn die öffentliche Hand nicht helfend eingriff. Die Art und Weise der Hilfeleistung ist aber verschieden von derjenigen in Spitälern anderer Kantone. Man wollte der Inskorporation ihre Selbständigkeit und Rechtspersönlichkeit belassen, verzichtete auf eine staatliche Anlagefinanzierung, sofern die betreffenden Bauten nicht ausschließlich mit der dem Staat obliegenden Lehrtätigkeit zusammenhingen, und richtete dafür an die Betriebskosten der Universitätsabteilungen sogenannte Klinikbeiträge aus, die seit der erstmaligen Ueberweisung im Jahre 1878 von Fr. 25 000.— bis auf Fr. 600 000.— im Jahre 1948 erhöht wurden. Ueberdies stimmte im Jahre 1923 das Bernervolk einem Inselhilfsgesetz zu, das dem Spital eine Subvention garantiert, die nach der Kopfzahl der Wohnbevölkerung bemessen wird. Für einen eventuellen Ausbau der klinischen Abteilungen wurden die Grundlagen im Vertrag

⁹⁾ Vgl. Einleitung.

zwischen dem Staate Bern und der Inselkorporation vom 19. November 1923 festgelegt. Demzufolge wird der Staat nach seiner Wahl entweder den Bau selbst ausführen oder die Inselkorporation wird die nötigen Lokalitäten erstellen, sofern es auf ihrem Terrain geschieht. Für die der Inselkorporation durch solche Bauten entstehenden Ausgaben vergütet ihr der Staat an Zins, Unterhalt und Amortisation zusammen wenigstens 6 % jährlich. Für Bauaufgaben der nichtklinischen Abteilungen ist keine besondere Regelung getroffen, jedoch zeigt sich die Tendenz, daß der Staat erst subventioniert, wenn die Baufonds des Spitals erschöpft sind.

Das Bürgerspital Basel kam seit seinem Bestehen durch Schenkungen und Vermächtnisse zu einem Vermögensbesitz, der sich laufend vergrößerte, wenngleich bereits im 19. Jahrhundert die Betriebsdefizite des Spitals durch den Verkauf von Liegenschaften gedeckt wurden. Im Jahre 1842 wurde das heute noch im Betrieb stehende Spital an der Hebelstraße eröffnet. Seine Baukosten beliefen sich auf 640 000 alte Goldfranken, die je zur Hälfte aus dem Ergebnis einer öffentlichen Sammlung und dem Verkaufsertrag der alten Spitalliegenschaften am Barfüßerplatz gedeckt wurden. In den folgenden hundert Jahren hat das Spital für ordentliche und außerordentliche Bauaufgaben weitere 10,7 Millionen Franken verausgabt, die durch den Verkauf von Liegenschaften aufgebracht wurden. Der Beitrag des Staates beschränkte sich auf geringe Summen für einige Umbauten und Installationen, die vorwiegend dem Unterricht zugute kommen. Die generellen Projektierungsarbeiten für den heutigen Neubau waren 1937 abgeschlossen und sahen 4 Bauetappen vor:

1. Etappe: Hauptkrankenhaus (Betten- und Behandlungsbau), Küchenbau mit Personalräumen, Kesselhaus, Werkstätten und Krankentransport, Verbindungsgänge.
2. Etappe: Infektionskrankenhaus.
3. Etappe: Verbindungsbau, Umbau des alten Spitals, Verkehrstunnel.
4. Etappe: Schwesternhaus.

Dabei wurde für die ersten zwei Etappen folgender Finanzierungsplan aufgestellt: Die Baukosten waren mit rund 30 Millionen Franken veranschlagt. An diese sollte der Bund für die erste Etappe aus Arbeitsbeschaffungsmitteln rund 4 Millionen leisten, so daß noch 26 Millionen auf den Staat und das Spital entfielen. Zwischen diesen kam daraufhin im November 1938 der Vertrag betreffend Umbau, Erweiterung und Erneuerung des Bürgerspitals Basel zustande, in dem vereinbart wurde, daß die Kosten vom Kanton Basel-Stadt und dem Bürgerspital, das bei Baubeginn ein freies Vermögen von 16 Millionen Franken besaß, je zur Hälfte aufzubringen seien. Demnach hatte vom Spital aus gesehen die Finanzierung zu $43\frac{1}{3}$ % durch Eigenkapital und zu $56\frac{2}{3}$ % durch unverzinsliches Fremdkapital zu erfolgen.

Das Kantonsspital Zürich besitzt als solches kein eigenes Vermögen und ist der Staatsrechnung des Kantons Zürich angeschlossen. Einzig die zweckgebundenen Fondsgelder bleiben dem Spital zur statutarisch bestimmten Verwendung überlassen. Der Um- und Neubau des Spitals, mit dem 1942 begonnen wurde und der 1951 vollendet werden konnte, erforderte ein Baukapital von 95,56 Millionen Franken. Dieser Baukredit wurde vom Souverän in drei Volksabstimmungen bewilligt, so daß dem Spital das gesamte Anlagekapital vom Kanton unverzinslich zur Verfügung gestellt wird.

Zusammenfassend läßt sich somit feststellen, daß die Gebäudeanlagen und Einrichtungen aus eigenen Mitteln finanziert werden, sofern solche vorhanden sind und soweit sie ausreichen. Dabei ist jedoch festzuhalten, daß es sich nicht um eine eigentliche Eigenfinanzierung handelt. Die Kapitalakkumulation war nicht eine Folge der betrieblichen Tätigkeit, sondern sie hat ihre Ursache in außerbetrieblichen Umständen. Die Vermögenswerte wurden hauptsächlich in Grundstücken und Gebäulichkeiten investiert, die nur teilweise dem unmittelbaren Betriebszweck dienten. Bei der Finanzierung von Neubauten und Neueinrichtungen durch solche genannte Vermögenswerte liegt deshalb lediglich eine Kapitalverschiebung vor: Freie Vermögenswerte werden zweckgebunden.

Die Beiträge des Staates zur Anlagefinanzierung kommen in den Vermögensrechnungen des Betriebes meist nicht zum Ausdruck, denn die neuen Anlagen werden nur zu demjenigen Wertbetrag eingesetzt, der aus eigenen Mitteln aufgebracht wurde. Als weitere Besonderheit ist hier zu erwähnen, daß sozusagen in allen öffentlichen Spitälern der Schweiz das gesamte Anlagekapital durch den Betrieb weder verzinst noch amortisiert wird. Was dies für ein Spital bedeuten kann, geht aus einer kleinen Uebersetzung deutlich hervor: Wenn zum Beispiel das Kantonsspital Zürich seine Betriebsrechnung mit einer 3-prozentigen Verzinsung des Anlagekapitals belasten müßte und auf Gebäuden und Mobiliar durchschnittlich nur 2 % Abschreibungen zu verrechnen wären, würden sich die Kosten des Krankenpflegetages, die 1949 mit Fr. 28.43 ausgewiesen wurden, um rund 10 Franken erhöhen. Dadurch würde sich das vom Staate zu tragende Defizit um diesen Betrag vergrößern, so daß der einfachere — wenn auch betriebswirtschaftlich kritisierbare — Weg gewählt und auf eine Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals durch den Betrieb verzichtet wird.

b) Die laufende Finanzierung

Allgemein werden die öffentlichen Spitäler als Betriebe betrachtet, die einen gemeinwirtschaftlichen Zweck erfüllen. Sie sind somit durch ihre Aufgabe bedingt Selbstkosten- oder sogar Zuschußbetriebe. Diese

Auffassung zwingt aber nicht zur Preisgabe des Prinzips, wonach auch öffentliche Spitäler von der öffentlichen Verwaltung abgetrennte, geschlossene und selbständige Betriebswirtschaften sein können. Nicht erwerbswirtschaftliche Gründe führen zu dieser Ueberlegung, sondern rein rational-betriebswirtschaftliche. Denn mit zunehmender Eingliederung der Spitalbuchführung in die Staatsrechnung verringert sich die Möglichkeit, Verlust- und Fehlerquellen in der Betriebsführung aufzudecken, was für einen öffentlichen Bedarfsdeckungsbetrieb nicht nur einen Verstoß gegen das wirtschaftliche Prinzip bedeutet, sondern indirekt sogar einer Verschleuderung von Volksvermögen gleichkommt.

Bei der Frage nach den Finanzierungsquellen des Betriebsvermögens eines Krankenhauses hat man sich über zwei diametral zueinander stehende Auffassungen klar zu werden:

Die eine stellt das Leistungsprinzip in den Vordergrund. Danach soll das Spital für seine Leistung von deren Empfänger direkt oder indirekt voll entschädigt werden, so daß für den Betrieb kein Fehlbetrag entsteht.

Die andere Auffassung hingegen betrachtet die Leistung des Spitals als eine Leistung der Gemeinschaft an den Einzelnen, der diese Leistung nicht freiwillig und willkürlich beansprucht. Deshalb seien die aus dieser Leistung erwachsenen Kosten nicht vom Empfänger, sondern von der Gemeinschaft als Ganzes zu tragen.

Die Taxgestaltung der schweizerischen Spitäler stellt einen Kompromiß zwischen diesen beiden Extremen dar. Er ist das Ergebnis historischer Entwicklung: Als die Spitäler noch rein charitative Wohltätigkeitsanstalten waren, bestritten sie ihre Unkosten hauptsächlich aus Vergabungen, Geschenken und dem Ertrag ihres Vermögens. Nur ein ganz minimier Teil der Einnahmen entfiel auf Patientenkostgelder¹⁰⁾, bis dann die öffentlichen Spitäler auch zur Pflegestätte der zahlungsfähigen mittleren und oberen Bevölkerungsschichten wurden. Dadurch wuchs aber gleichzeitig das Interesse der Oeffentlichkeit an den Krankenhäusern, weil diese nicht mehr nur Armenhäuser — ein notwendiges Uebel — waren, sondern einen gemeinwirtschaftlichen Zweck erfüllten und der gesamten Bevölkerung dienten. So trat an die Stelle der privaten Wohltätigkeit die vorsorgliche Fürsorge des Staates, vorerst in Form vermehrter öffentlicher Beiträge an die Spitäler und Patienten, in neuerer Zeit zusätzlich auch in Form der Krankenversicherung, die heute in verschiedenen Kantonen wenigstens für die untern Bevölkerungsschichten obligatorisch ist.

Gegenwärtig stellen die Einnahmen aus Patientenkostgeldern und

¹⁰⁾ Noch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden z. B. im Bürgerspital Basel mehr als ein Drittel der Patienten unentgeltlich aufgenommen (Festschrift Bürgerspital).

Entschädigungen für besondere Behandlungen die wichtigste Ertragsquelle dar ¹¹⁾). Die Festsetzung der Kostgeldansätze erfolgt in der Schweiz nach verschiedenen Grundsätzen mit unzähligen Varianten, aus denen sich jedoch zwei Richtlinien besonders abzeichnen. Denen zufolge werden die Kostgeldtarife folgendermaßen festgesetzt:

1. Analog dem Hotelbetrieb nach Maßgabe des dem Patienten gewährten Komforts, oder (und)
2. Abgestuft nach der Zahlungsfähigkeit des Patienten.

Im ersten Falle unterscheiden sich die Spaltaxen nach Verpflegungs- und Beherbergungsklassen. Dabei werden für diejenigen Patienten, deren gesamtes Kostgeld durch eine Krankenkasse, Versicherung oder Armenbehörde aufgebracht wird ¹²⁾, besondere mit den betreffenden Institutionen vereinbarte Taxansätze verrechnet. Für den Aufenthalt von Kassenpatienten in der ersten und zweiten Klasse wird ihnen in der Regel das normale, der Klasse entsprechende Kostgeld belastet. Von diesem Betrag geht sodann die Leistung der Krankenkasse oder Versicherung ab, sofern das Spital mit diesen nicht besondere Abkommen geschlossen hat ¹³⁾.

Die Abstufung des Kostgeldansatzes nach der Zahlungsfähigkeit des Leistungsempfängers ist jedoch auch in denjenigen Spitälern, deren Kostgeldtarif nach diesem Grundsatz aufgebaut ist, nicht konsequent verwirklicht, sondern findet nur für die dritte Klasse Anwendung. Dadurch entsteht zum Beispiel im Kantonsspital Zürich die paradoxe Situation, daß ein im Kanton wohnhafter Patient mit einem jährlichen Einkommen von Fr. 15 000.— in der dritten Klasse ein tägliches Kostgeld von Fr. 15.50, in der zweiten jedoch nur Fr. 15.— zu bezahlen hat.

Was die Erträge aus besonderen Behandlungen anbetrifft, so ist festzustellen, daß die fortschreitende Entwicklung in der Krankheitserkennung und -behandlung technische und medizinische Einrichtungen gebracht hat, die einen enormen Aufwand erfordern. Man denke an Röntgeninstitute, Institute für physikalische Therapie, Laboratorien, Operationsabteilungen etc. Hinzu kommen noch Ausgaben für neue Medikamente mit anfänglich hohen Marktpreisen, weil einerseits die Forschungskosten aufgebracht werden müssen und anderseits das Angebot die Nachfrage nur mit Mühe decken kann. Der Unterhalt dieser Einrichtungen wie auch die Beschaffungen erfordern wesentliche finanzielle Mittel, weshalb die Spitäler solche Sonderleistungen dem Leistungsempfänger meistens zusätzlich belasten. Das Ausmaß dieser Erträge ist in der nachstehenden Tabelle 4 an Hand von vier Beispielen dargestellt.

¹¹⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt C, Ziff. 1.

¹²⁾ Abzüglich der Selbstbehalte.

¹³⁾ Die ganze Kostgeldtarifgestaltung ist derart verschiedenartig geordnet, daß hier nicht auf nähere Details eingegangen werden kann.

*Tab. 4. Einnahmen aus besonderen Behandlungen
im Jahre 1948 in Franken*

	Bürgerspital Basel	Kantonsspital Winterthur	Städt. Krankenhaus Rorschach	Bezirksspital Brugg
Operations- und Geburtstaxen	56 017	68 712		
Medikamente, Verbandstoff	130 679	12 561	88 585	48 261
Röntgen	153 336	103 346*)		34 423*)
Physikalische Therapie	7 155	75 194*)	77 511*)	8 471*)
Uebrige Spezialinstitute	132 010	—	—	—
Total	479 197	259 813*)	166 096*)	91 154*)
Durchschnittlich pro Patient	39.05	**)	**)	**)

*) Inklusive Einnahmen von ambulanten Patienten.

**) Der Durchschnitt ergäbe hier ein falsches Bild, weil die Einnahmen von ambulanten Patienten nicht ausgeschieden sind.

Eine weitere Finanzierungsquelle einiger Spitäler stellen Erträge aus Vermögenswerten dar. Ueber solche können natürlich nur diejenigen Betriebe verfügen, die Vermögen in der Form von Eigenkapital besitzen, das heißt, die als selbständige Betriebswirtschaften arbeiten, deren Buchhaltung also von der Staatsrechnung getrennt ist. Mit dieser Selbständigkeit der Anstalt hängen auch die Einnahmen aus Geschenken und Legaten zusammen. Sie machen allerdings laut Angaben der eidgenössischen Krankenhausstatistik 1948 durchschnittlich nurmehr 2,7 % der Gesamterträge aus. Jeder Spender möchte seine Gabe geschätzt wissen, er möchte sie einer bestimmten Institution geben und nicht dem unpersönlichen Fiskus. Wenn nun aber die Spitalrechnung einen Bestandteil des öffentlichen Finanzhaushaltes bildet oder wenn der Staat auch nur den jährlichen Fehlbetrag der Betriebsrechnung deckt, so ist jedes Geschenk an das Spital direkt oder indirekt ein Geschenk an den Staat, eine freiwillige Steuer. Hiefür sind jedoch Testatoren heute wenig mehr zu haben.

Die öffentliche Hand wird von den Spitälern nicht nur für besondere Finanzierungen beansprucht, sie hat von jeher auch an die Betriebskosten mehr oder weniger beigetragen ¹⁴⁾. Diese Zuschüsse wuchsen aber im Laufe der Zeit zu regelmäßigen Beiträgen an, die heute ein Ausmaß er-

¹⁴⁾ Vgl. Einleitung.

reichen, das den öffentlichen Finanzhaushalt teilweise stark belastet ¹⁵⁾. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, welch bedeutende Wandlung die Spitäler in den vergangenen 150 Jahren mitgemacht haben und wie viele neue Aufgaben ihnen überbunden wurden. Zu deren Erfüllung leistet die öffentliche Hand Beiträge mit folgender Zweckbestimmung:

1. Finanzierung besonderer Aufgaben wie diejenigen der Universitätskliniken für die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und die medizinische Forschung etc.
2. Bekämpfung von gemeingefährlichen Krankheiten wie zum Beispiel Tuberkulose etc.
3. Unterstützung des im Interesse der Allgemeinheit stehenden Spitalbetriebes durch gesetzlich verankerte Beiträge nach einem bestimmten Schlüssel oder durch Deckung der Betriebsdefizite.

Für das Spital sind die Beiträge der öffentlichen Hand als Einnahmequelle nicht mehr wegzudenken. Der größte Teil der Betriebsaufwände ¹⁶⁾ beruht auf gesetzlicher Grundlage (Besoldungsreglemente) oder ist durch die Aufgabe des Krankenhauses bedingt. Soziale Gründe sprechen gegen eine vermehrte Abwälzung der Kosten auf den Leistungsempfänger, so daß notgedrungen die öffentliche Hand mehr und mehr zur laufenden Finanzierung herangezogen wird ¹⁷⁾.

2. Die Beschaffung von Personal und dessen Unterkunft

Eine der schwierigsten Aufgaben der Spitalverwaltung besteht heute in der Beschaffung von Arbeitskräften und deren teilweisen Beherbergung. Das Krankenhaus ist ein außerordentlich personalintensiver Betrieb, dessen Leistung weitgehend von der Zahl sowie von der Ausbildung und Dienstauffassung seines Personals abhängt. Gelingt es nicht, den der Bettenzahl und den Aufgaben entsprechenden Personalbestand zu erreichen, so kann es notwendig werden, einzelne Stationen zu schließen, um die Leistung des übrigen Betriebes sicherzustellen ¹⁸⁾.

Aber nicht nur einmal muß das für den Betrieb erforderliche Personal beschafft werden. Durch Stellenwechsel, Heirat und Erreichung der Dienstaltersgrenze entstehen Lücken, die immer wieder neu auszufüllen sind. Das Bürgerspital Basel verzeichnete beispielsweise in den Jahren 1948 und 1949 einen Personalwechsel, der jedesmal ca. $\frac{3}{8}$ des Bestandes ausmachte.

¹⁵⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt C, Ziff. 2.

¹⁶⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt B.

¹⁷⁾ Vgl. hiezu auch Kap. III, Abschnitt C, sowie Kap. IV, Ziff. 4.

¹⁸⁾ So mußte z. B. das Bürgerspital Basel in den Jahren 1948 und 1949 wegen Personalmangel einzelne Pflegeeinheiten vorübergehend schließen. (Es konnte nicht genügend Personal für Ferienablösungen gefunden werden.)

Ueber das Ausmaß des Personalbestandes und die erforderlichen Personalunterkünfte (für das interne Personal) in einigen als Beispiel herausgegriffenen Spitälern gibt die nachstehende Tabelle 5 Aufschluß:

Tab. 5. Personalbestand im Jahre 1948

	Bürgerhospital Basel *)	Kant. Krankenanstalt Liestal	Städt. Krankenhaus Rorschach	Bezirksspital Schwarzenburg
Krankenbetten	906**)	160	162	39
Aerzte	81	4	6	2
Pflegepersonal	394	43	19	7
Aerztl. Hilfsdienste	132	6	7	—
Verwaltung	34	7	3	1
Wirtschaftspersonal	488	30	32	6
Total Personal	1129	90	67	16
Davon intern	762 = 67,5%	75 = 83,3%	58 = 86,6%	16 = 100%
Personal auf 10 Betten	12,5	5,6	4,6	4,1

*) Universitätsspital.

**) Ohne die 467 Betten des Altersheimes.

Die hauptsächlichsten Schwierigkeiten in der Beschaffung von Arbeitskräften ergeben sich beim Pflege- und beim Wirtschaftspersonal. Der gewaltige Aufschwung des Spitalwesens um die Jahrhundertwende ¹⁹⁾ führte zu einer erhöhten Nachfrage nach Personal für den Krankenhausdienst, die vor allem in einem Mangel an Pflegepersonal zum Ausdruck kam.

Im 19. Jahrhundert wurden die Krankenschwestern fast ausschließlich von religiösen Gemeinschaften ausgebildet und den Spitälern zur Verfügung gestellt. Diese Kongregationen und Diakonate können nun aber der Nachfrage nach Pflegepersonal je länger je weniger mehr genügen, und so wurden zu Beginn dieses Jahrhunderts in verschiedenen Teilen des Landes freie Schwesternschulen gegründet, welche ebenfalls die Ausbildung von Krankenschwestern übernehmen und an ihre Vertragsspitäler vermitteln. Damit war das Schwesternproblem bis zum zweiten Weltkrieg gelöst. Die Entwicklung der Medizin, der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ging aber weiter und erforderte zusammen mit der Be-

¹⁹⁾ Vgl. Tab. 1.

völkerungsvermehrung und der modernen Sozialpolitik neue Erweiterungen der Spitalanlagen. Während des zweiten Weltkrieges wurden viele Schwestern zum Heeres- und Rotkreuzdienst eingezogen ²⁰⁾, wodurch in den Krankenhäusern fühlbare Lücken entstanden. Gleichzeitig war die Schweiz ringsum von kriegführenden Ländern eingeschlossen, so daß den Spitälern auch der Zugang zum ausländischen Arbeitsmarkt verwehrt blieb. Durch die wirtschaftliche Konjunktur begünstigt, entstand außerdem im Inland eine Sozialbewegung mit der Tendenz, die Löhne der Teuerung anzupassen und — was in diesem Zusammenhang besonders ins Gewicht fällt — die Arbeitszeit zu verkürzen. In diesem Sinne erfolgte im Jahre 1947 der Abschluß eines Normalarbeitsvertrages für das Pflegepersonal ²¹⁾. All die erwähnten Umstände vermehrten den Schwesternmangel und stellten die leitenden Organe der Krankenhäuser teilweise vor die Notwendigkeit, dem Pflegepersonal ungelernte Schwesternhilfen beizugeben, um nicht Kranke abweisen und Betten stilllegen zu müssen. Diese Notlösung birgt aber die Gefahr der qualitativen Verschlechterung der pflegerischen Leistung in sich, so daß verschiedene Spitäler zur Selbsthilfe griffen und selbst Krankenschwestern auszubilden begannen. So entstanden neue, vom Roten Kreuz für die Diplomierung anerkannte Krankenpflegeschulen, die Gewähr bieten für eine gründliche theoretische und praktische Ausbildung von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern. Zu erwähnen sind zum Beispiel die Pflegerinnen- und Pflegerschulen in Aarau, Basel, Thun, Winterthur etc., durch welche der akute Mangel an Pflegepersonal in diesen Spitälern behoben werden konnte. In andern Anstalten jedoch, vor allem in kleineren Krankenhäusern, die nicht über die erforderlichen Lehrkräfte und Ausbildungsmöglichkeiten verfügen, stellt die Schwesternfrage dennoch ein schwieriges Problem dar, das auch durch vereinzelt Zuzug ausländischer Pflegerinnen nicht zu lösen ist.

Ebenso schwierig gestaltet sich in den Spitälern seit Jahren die Beschaffung des notwendigen Wirtschaftspersonals ²²⁾. Vor dem Kriege

²⁰⁾ Dieser Ausfall wurde nach dem Krieg abgelöst durch eine vorübergehende Auswanderung größeren Ausmaßes.

²¹⁾ Es seien hier einige Bestimmungen dieses Vertrages auszugsweise wiedergegeben:

Art. 6/1: Die normale wöchentliche Höchstarbeitszeit beträgt 60 Stunden.

Art. 4/1: Die Schwestern und Pfleger haben pro Kalenderjahr Anspruch auf 4 Wochen Ferien.

Art. 10: Der Anfangslohn der Schwestern und Pfleger beträgt nach der Diplomierung im Monat mindestens Fr. 180.— bei freier Station.

²²⁾ Was die Dienstbotenfrage für ein Spital bedeutet, das nicht nur eine Arbeitskraft, sondern deren Dutzende, zum Teil Hunderte (vgl. Tab. 5) benötigt, erkennt man schon, wenn man sich vergegenwärtigt, wie es in einem Privathaushalt schwer hält, ein Dienstmädchen zu finden.

rekrutierte sich dieses hauptsächlich aus Schweizerinnen und Deutschen ²³⁾, wobei Ausfälle infolge Heirat und Alter verhältnismäßig leicht ersetzt werden konnten. Von 1936 bis 1940 zogen aber die Ausländerinnen größtenteils in ihre Heimat zurück, so daß das gesamte Hausdienstpersonal im Inland gesucht werden mußte. Gleichzeitig setzte der wirtschaftliche Aufschwung und mit ihm eine allgemeine Abwanderung der Arbeitskräfte in die Industrie ein. Die Folge davon war, daß auch die Spitäler nur mit größter Mühe das nötige Personal für den Hausdienst finden konnten und deshalb rasch zugriffen, als sich bei Kriegsende der ausländische Arbeitsmarkt wieder öffnete. Vorerst durften nur italienische Staatsangehörige in die Schweiz einreisen, die für den Dienst im Spital aus sprachlichen Gründen vielfach nicht angestellt werden konnten. Es ist daher verständlich, daß die mit der Personalbeschaffung betrauten Organe der Spitäler alles versuchten, um von der schweizerischen Fremdenpolizei und den alliierten Besatzungsbehörden die notwendigen Bewilligungen für die Einreise und Anstellung deutschsprechender Arbeitskräfte zu erlangen. Den Bestrebungen war denn auch Erfolg beschieden und die Personalbeschaffung für den Hausdienst in den Spitälern ist damit zwar erleichtert, aber auf die Dauer nicht sichergestellt ²⁴⁾.

Aus Tabelle 5 geht hervor, daß in unseren Spitälern ungefähr $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ des Personals im Betriebe selbst beherbergt und verköstigt wird. Das Krankenhaus hat deshalb auch die hierfür notwendigen Zimmer und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Der Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal bestimmt, daß jede diplomierte Krankenschwester und jeder diplomierte Krankenpfleger Anrecht auf ein hygienisch einwandfreies, gut heizbares, mit verschließbarem Schrank versehenes Einzelzimmer habe ²⁵⁾. Aber auch für das übrige Personal kommt eine kasernenmäßige Unterkunft nicht in Betracht, sondern es werden in der Regel zwei Angestellte zusammen in einem Zimmer untergebracht, denn dieses ist nicht nur ihre Schlafgelegenheit, sondern auch ihr Heim. Daraus ergibt sich ein verhältnismäßig großer Raumbedarf, dessen Auswirkungen auf die Betriebsrechnung leicht einzusehen sind ²⁶⁾.

Die räumlichen Anforderungen der Personalbeherbergung seien kurz an einem Beispiel erläutert: Die verhältnismäßig kleine Krankenanstalt

²³⁾ Wenigstens für die deutschsprachige Schweiz.

²⁴⁾ Es ist auch nicht möglich, die Arbeitskräfte qualitativ so auszuwählen, wie dies betriebswirtschaftlich wünschenswert wäre. Unsere Arbeitsämter gestatten eine Anstellung ausländischer Arbeitskräfte nur dann, wenn nachgewiesen wird, daß keine für die betr. Arbeit geeigneten Schweizerbürger zu finden sind.

²⁵⁾ Normalarbeitsvertrag Art. 11/2.

²⁶⁾ Selbst bei unverzinslichem Anlagekapital hat der Betrieb für Reinigung und Unterhalt aufzukommen.

in Liestal verfügte im Jahre 1949 in 35 Patientenzimmern über 160 Krankenbetten ²⁷⁾. Laut Personaletat wurden im gleichen Jahr 90 Angestellte beschäftigt, von denen 72 intern wohnten. Zu deren Beherbergung sind folgende Räume vorhanden:

38 Einbettenzimmer für Assistenzärzte, diplomiertes Pflegepersonal, Hausbeamtin und langjähriges Hauspersonal	38 Betten
15 Zweibettenzimmer für Lernschwestern und Hausdienstpersonal	30 Betten
1 Vierbettenzimmer für Hausdienstpersonal	4 Betten
54 Personalzimmer mit total	72 Betten

Dazu kommen noch 7 Badeeinrichtungen, je ein Eßraum für Aerzte, Pflege- und Hausdienstpersonal sowie ein Schwesternaufenthaltsraum.

Diese Aufstellung zeigt deutlich, daß der Raumbedarf für Unterkunft und Verpflegung des Personals außerordentlich groß ist. Leider läßt sich aber die finanzielle Belastung des Spitals durch diese Personalunterkünfte nicht genau feststellen, weil keine Kostenstellenrechnungen geführt werden ²⁸⁾. Aber die Annahme ist berechtigt, daß pro Bett gerechnet die Beherbergung des Personals größere Unterhalts- und Reinigungskosten verursacht als die Beherbergungsleistung an die Patienten.

3. Der Einkauf

Der Einkauf der für die Leistungserstellung notwendigen Sachgüter erfolgt im Spital nicht durchwegs nach Grundsätzen, wie sie die allgemeine Betriebswirtschaftslehre kennt und lehrt. Ein Krankenhaus produziert nicht Sachgüter, sondern es erbringt Dienstleistungen, von denen keine einzige qualitativ geringer sein darf als alle andern, da eine ungenügende Leistung nicht ausgeschaltet werden kann wie ein fehlerhaftes Gut in einer Serienproduktion. Dies bedingt eine Verwendung von nur qualitativ erstklassigen Waren und eine Hintenanstellung der Preisfrage.

Im weitem unterstehen die öffentlichen Spitäler den allgemeinen Submissionsvorschriften für öffentlich Betriebe ²⁹⁾, so daß ihr Beschaffungsmarkt geographisch beschränkt ist. Aber selbst wenn diese Bestimmungen der Submission fehlen, sind es traditionelle, moralische und politische Gründe, die das Einkaufsgebiet der Spitäler auf denjenigen Raum begrenzen, dessen Einwohner für die Betriebsdefizite aufkommen müssen. Unter diesen Umständen bilden Ueberpreise oder Angebote minderer Qualität eine naheliegende Gefahr, der nur dadurch begegnet werden

²⁷⁾ Inklusive Kinder- und Säuglingsbetten.

²⁸⁾ Vgl. Kap. IV, Ziff. 1.

²⁹⁾ Kantonal oder kommunal geregelt.

kann, daß das Spital von unbeteiligten Dritten Vergleichsofferten einholt und im übrigen sämtliche Waren einer besonders genauen Qualitätsprüfung unterzieht.

Die Einkaufsobjekte im Krankenhaus sind sächliche Hilfsmittel, die in Verbindung mit den persönlichen Dienstleistungen und den Anstaltseinrichtungen die Spitalleistung ergeben. Sie lassen sich wie folgt gruppieren:

1. Medikamente,
2. ärztliche Instrumente, Verbandmaterialien,
3. Hilfsgüter zur Krankenpflege,
4. Hilfsgüter zur Beherbergung,
5. Nahrungsmittel und Getränke,
6. Hilfsmittel der Administration, und
7. Betriebsstoffe für wirtschaftliche und technische Neben- und Hilfsbetriebe.

Entsprechend der Verschiedenartigkeit dieser Einkaufsgüter und deren Verwendung erfolgt die Beschaffung in der Regel nicht durch eine gemeinsame Einkaufsabteilung. Das Recht zur Bestellung ist vielfach an die entsprechende Verbrauchsabteilung delegiert, mit oder ohne Pflicht zur Visa-Kontrolle durch die betriebliche Rechnungsstelle. Dies trifft vor allem zu für den Einkauf der Medikamente, nicht selten auch der ärztlichen Instrumentarien, weil eine nichtmedizinische Kontrollstelle ohnehin nicht in der Lage wäre, den Bedarf und das Maß eines Einkaufes solcher Güter zu überprüfen. Ähnlich, wenn auch aus andern Gründen, liegen die Verhältnisse bei der Beschaffung von Nahrungsmitteln und Getränken. Soweit es sich um solche des täglichen Bedarfes handelt, ist ihr Einkauf der Speisemeisterei (eventuell Hausbeamtin, Küchenchef) überbunden, wobei diese oft einen Turnus unter den auf dem Submissionsweg ermittelten Lieferanten einzuhalten haben.

Der Einkauf aller übrigen Güter ist im allgemeinen Sache der betrieblichen Beschaffungsabteilung oder der Verwaltung selbst, die unter Berücksichtigung des beratenden Urteils der Verbrauchsstelle für die Bestellung und Anlieferung der Waren sorgt. Damit sie aber auch über denjenigen Einkauf, der durch die Verbrauchsstellen erfolgt, einen gewissen Ueberblick gewinnt, werden diese angewiesen, die eingehende Ware zu prüfen und dies durch ein Visum auf dem Lieferschein oder der Rechnung zu bestätigen. Teilweise kann auch schon die Bestellung einer Visapflicht durch die Beschaffungsabteilung unterliegen. Die Rechnung ist sodann auch von der Einkaufsabteilung einzusehen, bevor sie durch die Rechnungsstelle beglichen wird.

Die Einkaufsorganisation eines Spitals wird durch dessen Art und Größe sowie durch die rechtlichen Verhältnisse bestimmt und kann nicht allgemeingültig dargestellt werden. Um dennoch einen besseren Einblick

in die Praxis zu gewinnen, sei nachstehend am Beispiel des Bürgerspitals Basel die Einkaufstätigkeit in einem schweizerischen Krankenhaus untersucht ³⁰⁾.

Mit Ausnahme der unter Pos. 1 und 7 genannten Güter fällt der gesamte Einkauf in den Kompetenzbereich des kaufmännischen Adjunkten. Dieser nimmt vom Magazinchef und den Verbrauchsstellen die Bedarfsmeldungen entgegen und sorgt für die Anlieferung der Waren. Die Rechnungen werden dem Magazinchef zugestellt, welcher die Qualität und den richtigen Empfang durch sein Visum zu bestätigen hat. Der Einkauf der Medikamente wird von der Spitalapotheke selbständig durchgeführt, während die Beschaffung von Betriebsstoffen für die technischen Neben- und Hilfsbetriebe Sache des technischen Adjunkten ist. Die Beschaffung der Nahrungsmittel und Getränke ist folgendermaßen geordnet: Der Bedarf an Spezerien wird monatlich durch den Proviantmeister dem kaufmännischen Adjunkten gemeldet, der die Bestellungen ausführt. Die Lebensmittel des täglichen Bedarfes kauft der Proviantmeister selber ein, während Schweinefleisch, Geflügel und ein Großteil des Gemüses aus einem eigenen Landwirtschaftsbetrieb (Arbeitslager zur Beschäftigungstherapie) geliefert wird.

Das Spital kennt keinen spekulativen Einkauf. Es beschafft nur solche Waren, die es selbst zur Erstellung seiner Leistungen verbraucht; sein Einkauf ist deshalb nicht marktorientiert, sondern auf Eigenverbrauch ausgerichtet. Nachdem im Jahre 1930 die VESKA ³¹⁾ gegründet wurde, stellte sich jedoch hinsichtlich der Warenbeschaffung die Frage, ob nicht durch einen gemeinsamen Einkauf nach dem Vorbild genossenschaftlicher Einkaufsverbände für die Spitäler erhebliche Preisvergünstigungen zu erreichen wären, ganz abgesehen davon, daß dadurch auch im einzelnen Betrieb wesentliche Vereinfachungen und Einsparungen erzielt werden könnten. Diese an und für sich einfache Lösung ließ und läßt sich aber noch heute nicht ohne weiteres verwirklichen. Sie scheitert an den oben erwähnten Gründen ³²⁾, die den Beschaffungsmarkt der öffentlichen Spitäler begrenzen, so daß ein gemeinsamer Einkauf auf diejenigen Güter beschränkt ist, die ohnehin auf einem Monopol- oder Oligopolmarkt beschafft werden müßten. Als solche Güter wurden von der VESKA Verbandstoffe und Watte sowie in geringerem Umfange auch Wäsche normiert ³³⁾ und die Vorbereitungen für deren gemeinsame Beschaffung getroffen. Der Verband betätigt sich hiebei jedoch nicht als selbständiger Einkäufer, sondern als Vermittler. Er verhandelt mit den

³⁰⁾ Vgl. auch die Beilagen Nr. 1—4 des Anhanges.

³¹⁾ Verband schweizerischer Krankenanstalten.

³²⁾ Submissionsvorschriften etc.

³³⁾ Vgl. hiezu Kap. IV, Ziff. 2.

an der Normung beteiligten Lieferanten über die Preise auf Grund der nachgefragten Gesamtmenge, worauf die einzelnen Spitäler die von ihnen benötigten Mengen direkt beim Lieferanten bestellen, beziehen und bezahlen. Ein Versuch zur Ausdehnung dieses Einkaufsmodus auf Röntgenfilme führte nicht zu den erwarteten Ergebnissen und auch eine gemeinsame Kohlenbeschaffung erwies sich nach langwierigen Verhandlungen als undurchführbar. Trotz solchen Rückschlägen in einzelnen Einkaufssektoren stehen auf dem Gebiet der zentralen Beschaffung noch manche Wege offen, die sich auch für schweizerische Verhältnisse als gangbar erweisen können.

C. Die Leistung

Die Spitalleistungen zerfallen im Hinblick auf den Leistungsempfänger in zwei Hauptgruppen, nämlich in

1. Leistungen, welche auf die Nachfrage eines Klienten ³⁴⁾ hin erbracht und die im folgenden als Individuelleleistungen bezeichnet werden, und
2. Leistungen, welche der gesamten Menschheit zugute kommen und die sich unter den Sammelbegriff Forschung einreihen lassen: Forschung nach Krankheitsursachen, Krankheitsbekämpfung und -verhütung. Wird der Begriff dieser Dienste, die als allgemeine Leistungen bezeichnet werden können, weiter gefaßt, so schließt er auch die Lehrtätigkeit in sich, die in ihrer späteren Folge wieder in allgemeinen oder Individuelleleistungen zum Ausdruck kommt.

Die allgemeinen Leistungen tragen eher volkswirtschaftlichen Charakter. Wenn deshalb im folgenden generell von Leistungen gesprochen wird, so sind darunter Individuelleleistungen zu verstehen, denen im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Betrachtung viel größere Bedeutung zuzumessen ist.

Die Menge der erbrachten Leistungseinheiten kann von der Spitalseite her nicht wesentlich beeinflußt werden; sie richtet sich nach der Nachfrage. Diese wiederum hängt vom Vertrauen in die Qualität der Leistung ab und dabei in erster Linie vom Ansehen des betreffenden Spitalarztes. Das Krankenhaus ist ein Bedarfsdeckungsbetrieb und kennt deshalb keine Reklame.

Die Leistung des Spitals besteht nicht aus einer in sich geschlossenen

³⁴⁾ Der Begriff Klient ist von Alter (Das Krankenhaus) übernommen, der den engern Begriff Patient als nicht passend ablehnt, weil das moderne Spital seine Aufgabe nicht nur in der Heilung, sondern auch in der Gesunderhaltung und Gesundheitssteigerung findet.

Handlung, sondern sie setzt sich aus mehreren Teilleistungen zusammen³⁵⁾). Als solche sind folgende Dienste zu unterscheiden:

1. Die ärztliche Betreuung,
2. die Krankenpflege,
3. die Verköstigung,
4. die Beherbergung,
5. die Hilfsdienste (innerbetriebliche Leistungen) und Nebenbetriebe.

Nun ergibt sich in diesem Zusammenhang eine Trennung der Leistungsempfänger. Je nachdem, ob der Klient nur einzelne Teilleistungen oder die Spitalleistung als Ganzes beansprucht, spricht man in der Praxis von ambulanten und stationären Patienten. Das wesentliche Merkmal der ambulanten Spitalbehandlung ist das Fehlen der Beherbergungsleistung. In der Regel bedarf der ambulante Patient der ärztlichen Betreuung und teilweise der Krankenpflege. Zur Hauptsache jedoch, vor allem in mittleren und kleineren Spitälern, beansprucht er nur spezielle Einrichtungen des Krankenhauses, die anderweitig nicht zur Verfügung stehen, wie Röntgen, verschiedene Therapien etc. In jüngster Zeit wird nun auch die Verköstigung als ambulante Behandlung betrachtet, sofern die Kostform als Heilungsfaktor in Betracht kommt. So führt zum Beispiel das Bürgerspital Basel ein Diätrestaurant, in welchem sich aus der stationären Behandlung entlassene Patienten und alleinstehende Personen mit der ärztlich verordneten Diät- oder Schonkost verpflegen können. Die Spitäler des 19. Jahrhunderts kannten die ambulante Behandlung noch nicht oder wenigstens nur in sehr geringem Ausmaß. Sie entstand mit dem Aufschwung des Spitalwesens, mit der Entwicklung der medizinischen Lehr- und Forschungstätigkeit und der neuzeitlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die Hauptaufgabe der Spitäler besteht jedoch darin, Individualleistungen an stationäre Patienten zu erbringen³⁶⁾), denen die Dienste des Krankenhauses in ihrer Gesamtheit zur Verfügung gestellt werden. In diesem Sinne sind die in der nachstehenden Untersuchung angeführten Leistungsgruppen als Teile eines Ganzen zu betrachten.

³⁵⁾ Theoretisch lassen sich nach der Mittelbarkeit der Erbringung Leistungen ersten, zweiten, dritten usw. Grades unterscheiden, wobei unter Leistungen ersten Grades diejenigen Dienste zu verstehen sind, die unmittelbar dem Klienten zugute kommen, unter denen zweiten Grades solche, die zur Erfüllung einer Leistung ersten Grades dienen etc. Da aber die Leistungen ersten Grades nicht in ihrem gleichzeitigen Zusammenwirken die Spitalleistung ausmachen und zudem eine Leistung höheren als ersten Grades meist für mehrere Leistungen niedrigeren Grades zugleich erfolgt, hält es schwer, eine Einteilung der konkreten Leistungen nach Graden zu vollziehen.

³⁶⁾ In großen Spitälern ist die Behandlung von stationären und ambulanten Patienten organisatorisch und meist auch räumlich getrennt (Polikliniken, Außenabteilungen).

Generell gilt für alle Dienste wie für das ganze Spital überhaupt jener oberste Grundsatz, den *Chapman* in die Worte gekleidet hat, die nie genug wiederholt werden können: «Hospital is not an inert thing of brick and stone, but an ideal of service» ³⁷⁾. Dienen am Mitmenschen ist die große Aufgabe des Spitals und aller seiner Funktionäre. Dieser Umstand mag es mit sich bringen, daß speziell betriebswirtschaftliche Momente nicht voll zur Geltung kommen und das rationale Kostendenken etwas in den Hintergrund gedrängt wird.

1. Die ärztliche Betreuung

Der ärztliche Dienst steht im Mittelpunkt aller Krankenhaustätigkeit. Nicht um einer guten Verpflegung willen oder weil er die Spitalbetten besser findet als sein eigenes, sucht der Patient ein Spital auf, sondern er möchte so rasch als möglich genesen. Die ärztliche Betreuung ist diejenige Leistung des Spitals, nach der sich alle andern Leistungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu richten haben.

Als medizinische Arbeitsbereiche im Spital unterscheidet *Alter* ³⁸⁾:
die Krankenabteilungen,
die Untersuchungs- und Behandlungsbereiche,
die Lehr- und Forschungsabteilungen, und
die Außenabteilungen.

Diese Funktionskreise sind — mehr oder weniger ausgeprägt — in jedem Allgemeinspital vorhanden. Inwieweit sich aber die medizinischen Abteilungen in klinische Abteilungen und Institute ohne Pflegeabteilungen gliedern, hängt von der Art und Größe des Spitals ab. Es tritt hier der Zusammenhang zwischen Fachabteilungen, Ausrüstung und Bettenzahl in Erscheinung.

Kleinspitäler verfügen in der Schweiz höchst selten über Fachabteilungen. An der Spitze ihres ärztlichen Dienstes steht meist ein Chefarzt, unterstützt von einem oder mehreren Assistenten. In den für unsere Verhältnisse mittleren Spitälern, d. h. in Anstalten mit ca. 100 bis 200 Betten, ist der ärztliche Dienst in der Regel aufgeteilt in Chirurgie und innere Medizin, die teilweise noch durch eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung ergänzt werden. Diese Trennung wird ermöglicht durch die größere Zahl von Betten, bzw. Patienten, die ohnehin nicht durch einen einzigen Arzt betreut werden könnten, so daß eine Arbeitsteilung in der Form einer Spezialisierung die nächstliegende Lösung darstellt. Die großen Anstalten jedoch, vorab die Universitätsspitäler als Ausbildungs- und Forschungszentren, sind weitgehend aufgegliedert in alle Fachabteilungen der medizinischen Wissenschaft. Diesen allen steht je ein Spezialist

³⁷⁾ *Chapman*: Hosp. Organ. and Operation, New York 1924, S. 2.

³⁸⁾ *Alter*, a. a. O., S. 13.

auf dem betreffenden Gebiet als Chefarzt vor. Eine solche Spezialisierung ist bedingt durch die Aufgaben dieser Spitäler, die als eigentliche Gesundheitszentren bezeichnet werden können. Andererseits ist sie wiederum nur dort möglich, wo eine genügend große Nachfrage besteht, das heißt, wo mit einem großen Einzugsgebiet gerechnet werden kann.

Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Arzt und Patienten läßt sich aus Angaben des eidgenössischen statistischen Jahrbuches mit rund 1:20 berechnen³⁹⁾. Demnach hat theoretisch ein Arzt durchschnittlich 20 Patienten zu betreuen. Praktisch erhöht sich aber diese Patientenzahl bis auf 50 und mehr, da der ärztliche Dienst auf den Fachabteilungen — oder wo solche fehlen, im Spital als Ganzem — hierarchisch organisiert ist⁴⁰⁾. Wie diese Hierarchie im einzelnen zu gliedern ist, hängt von der Art und Größe des Krankenhauses sowie vom Ausmaß der medizinischen Lehrtätigkeit ab.

Unter den Begriff der ärztlichen Betreuung fallen auch die medizinischen Hilfsdienste wie Röntgen, Labor, physikalische Therapie etc. Diese Einrichtungen zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten stehen nicht nur den stationären, sondern weitgehend auch ambulanten Patienten sowie frei praktizierenden Aerzten zur Verfügung. In kleinen Krankenhäusern sind sie dem Abteilungsbetrieb direkt angegliedert, während Großspitäler separate Institute für Röntgen, physikalische Therapie, Bakteriologie, Pathologie etc. führen, die mit den Krankenabteilungen nur durch die gemeinsame Verwaltung verbunden sind und deren Existenz als selbständige Betriebswirtschaften durchaus möglich wäre.

2. Die Krankenpflege

Die Krankenpflegerin ist die rechte Hand des Arztes. Der Heilerfolg jeder gelungenen Operation hängt weitgehend von der nachherigen Pflege des Patienten ab und die beste Diagnose oder der beste Heilungsplan eines Internisten ist unwirksam, wenn nicht die Pflegerin oder der Pfleger für die gewissenhafte Anwendung der verordneten Heilmittel und Therapien aller Art Sorge trägt. Aber nicht nur in pflegetechnischer, auch in psychologischer Hinsicht steht die Krankenpflege im Spital vor großen Aufgaben: Angstpsychosen des Patienten wollen überwunden sein, manch geschwundenes Selbstvertrauen muß neu gestärkt werden und körperliche Schmerzen fordern Verständnis und zuversichtlichen Trost.

Die Krankenschwester erbringt alle Leistungen, die neben der ärztlichen Betreuung und zur Unterstützung derselben unmittelbar am und für den Kranken notwendig sind. In einem Mutterhaus, Schwesternheim,

³⁹⁾ Vgl. hiezu auch Tab. 9.

⁴⁰⁾ Chefarzt — Oberarzt — erster, zweiter, dritter etc. Assistent — Unterassistenten.

einer Kongregation oder Krankenpflegeschule werden die Krankenschwestern in einer Gemeinschaft, der sie zeitlebens angehören, ausgebildet ⁴¹⁾. Für die Betriebseinheit des Spitals bedeutet es erfahrungsgemäß einen großen Vorteil, mit Mitgliedern einer einheitlichen Schwesternschaft zu arbeiten, die der einheitlichen Führung einer aus derselben Gemeinschaft stammenden Oberin unterstellt sind. Eine solche Einheitsschwernerschaft verbürgt am ehesten eine homogene, hochwertige und wirtschaftliche Leistung. Sie ist auch die Voraussetzung für einen guten Hausgeist, der in jedem Spital einen gewichtigen Faktor darstellt.

Das nachstehend aufgezeichnete Arbeitspensum einer Krankenschwester gibt einen allgemeinen Einblick in die Aufgaben der Krankenpflege:

- 0630 Dienstantritt. Die Nachtschwester hat die Patienten geweckt, deren Temperatur sowie Puls gemessen und die Fieberkurven nachgetragen.
- 0630 Waschen der Patienten, Toilette (Urinflasche, Steckbecken), betten und Zimmerordnung erstellen.
- 0730 Frühstück der Schwestern.
- 0750 Frühstück der Patienten: Vorbereiten, verteilen und abräumen.
- 0815 Toilette, Applikationen ⁴²⁾, begleiten des Chefarztes bei der Visite.
- 1000 Patientenaustritte, Vorbereitung der Betten für die Wiederbenützung. Ordnungsarbeiten auf der Abteilung (Wäsche, Verbandstoff, Medikamente etc.).
- 1115 Mittagsverpflegung der Patienten.
- 1200 Toilette, betten (eventuell).
- 1230 Mittagessen der Schwestern.
- 1300 Mittagsruhe der Schwestern (ausgenommen Abt.-Wache).
- 1500 z'Vieri für Patienten und Schwestern.
- 1545 Fiebermessen, Puls etc.
- 1600 Applikationen, betten etc., Toilette. Ordnungsarbeiten auf der Abteilung (Wäsche beziehen, Instrumente reinigen und sterilisieren etc.).

⁴¹⁾ Die Ausbildung besteht in einem einjährigen, theoretischen und praktischen Unterricht, der anschließend durch 2 praktische Lehrjahre in einem Vertragsspital der Schwesternschule ergänzt wird. Die Lehre findet ihren Abschluß in einem Diplomexamen vor Experten des schweizerischen Roten Kreuzes.

⁴²⁾ Applikationen umfassen die Verabreichung von Medikamenten (Spritzen, Tabletten, Pulver, Tropfen), das Erneuern von Verbänden, Herrichten von Material für Laboruntersuchungen, Begleiten des Patienten zum Operationssaal, Röntgen, Durchleuchten etc., das Assistieren bei kleineren Eingriffen, Wärmetherapie, Bäder etc.

- 1800 Nachtessen für Patienten.
1845 Toilette, waschen der Patienten, Vorbereitungen für die Nacht (Schlafmittel, betten). Dazwischen von 1900—1930 Nachtessen für die Schwestern.
2000 Ablösung durch die Nachtschwester.

Es dürfte ohne weiteres klar sein, daß sich die Arbeit einer Krankenschwester nicht schematisieren und genau nach einem Stundenplan abwickeln läßt. Der eine Patient benötigt mehr Pflege und Handreichungen, ein anderer weniger. Sodann hat die Schwester immer mit unvorhergesehenen Ereignissen zu rechnen: Jederzeit besteht die Möglichkeit von Neueintritten; ein Patient muß für eine Operation vorbereitet werden oder ein Schwerkranker bedarf dringend der Hilfe von Arzt oder (und) Schwester usw. All diese Verhältnisse erfordern eine Umsicht, die an die Schwester große Anforderungen stellt, um ihre Arbeit so einzuteilen, daß in der ganzen Leistung keine Lücke entsteht.

Die Krankenbetten eines Spitals werden in Einheiten gegliedert, die nach der Leistungsfähigkeit der Pflegekraft bemessen und demnach Schwestern- oder Pflegeeinheit genannt werden. Eine solche umfaßt ca. 25 Krankenbetten. Unter Pflegekraft ist hiebei nicht eine einzelne Schwester zu verstehen, sondern auch deren Hilfskräfte ⁴³⁾. Praktisch wirkt sich dies so aus, daß eine Schwester durchschnittlich 4—8 Patienten zu betreuen hat.

Eine weitere Größenbemessung ist möglich nach der Beziehung zwischen Patientenzahl und den Nebenräumen. Gewisse Nebenräume werden bereits schon für eine kleine Patientenzahl benötigt (Bäder, Aborte, Putz- und Abstellräume), während andere für eine größere Zahl von Patienten verwendet werden können, zum Beispiel Tagräume, Schwesternzimmer, Teeküche, Spülraum, Arztzimmer etc. Es ist deshalb naheliegend, 2—3 der kleinen Schwestern- oder Pflegeeinheiten zusammenzufassen, so daß sie mit den an zweiter Stelle genannten Nebenräumen eine größere Einheit bilden, die Arzteinheit, Station oder Abteilung. *Alter* ⁴⁴⁾ bezeichnet als deren maximal wirtschaftliche Größe 50 Betten, eine Dimension, die auch im neuen Bürgerspital Basel gewählt worden ist.

3. Die Verköstigung

Eine Krankenhausküche kann nicht wie eine Hotelküche nur nach kulinarischen Gesichtspunkten geführt werden, da die Verpflegung sehr

⁴³⁾ Hierarchie des Krankenpflegedienstes.

⁴⁴⁾ *Alter*, a. a. O., S. 238.

oft ein entscheidendes Mittel der ärztlichen Behandlung ist. Deshalb sind im Spital grundsätzlich zwei Kostformen zu unterscheiden:

1. Normalkost. Sie wird an solche Patienten, bei welchen die Nahrung keinen besonderen Einfluß auf den Heilungsprozeß ausübt, und an das Personal abgegeben.
2. Diätkost als Heilmittel bei gewissen Krankheiten.

Während die Normalkost in ihrer Art und Zubereitung dem Geschmack der Ortsbevölkerung angepaßt ist, erfordert die Zubereitung der Diät- und Schonkost eine enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst. Die Nahrung hat als Heilmittel eine große Bedeutung erlangt und heute ist man in den großen Spitälern Amerikas zum Beispiel so weit, daß die Diätkost nicht mehr in der Haupt- oder Diätküche, sondern in den Abteilungsküchen von speziell ausgebildeten Diätisten direkt nach den Anordnungen des Arztes zubereitet wird.

Die Verköstigung im Spital stellt an die mit dieser Aufgabe betrauten Organe Anforderungen, wie sie kaum in einem andern Betrieb zu finden sind. Neben den verschiedenen Diätmenüs wird die Kost im Krankenhaus weitgehend differenziert nach dem Geschmack und den Mitteln des Patienten ⁴⁵⁾. Eine kasernenmäßige Kostordnung, obschon sie administrativ und vor allem finanziell vorteilhafter wäre, hat im Spital keinen Platz. Die Erreichung bester Schmackhaftigkeit sowie die medizinischen Erfordernisse bringen eine Vielzahl von Menüs mit sich ⁴⁶⁾, deren Zubereitung und Verteilung eine gute Organisation und mannigfache technische Einrichtungen erfordern.

Die Verköstigung kann in folgende vier Einzelfunktionen eingeteilt werden:

1. die Vorbereitung,
2. die Zubereitung,
3. die Verteilung, und
4. die Geschirr-Reinigung.

Unter den Begriff Vorbereitung fallen alle Leistungen zwischen Lager, Handvorratsräume und Kochherd, das heißt die Reinigung der rohen Nahrungsmittel und deren Vorbereitung zur weiteren Verwendung.

Die Zubereitung der Speisen erfolgt in der eigentlichen Küche. Diese wiederum ist aufgeteilt in eine Hauptküche und eine Diätküche ⁴⁷⁾, denen je nach Bedarf eventuell eine Brat-, Back- und Grillküche sowie eine Milch- und Getränkeküche angegliedert sind. Die Küchenleitung erhält

⁴⁵⁾ In der Regel 2—3 Verpflegungsklassen.

⁴⁶⁾ Im neuen Bürgerspital Basel weist z. B. die Küche eine Kapazität von 2000 Tagesportionen bei 17 verschiedenen Kostformen auf.

⁴⁷⁾ Kleinspitäler führen meist keine separate Diätküche, da diese den Betrieb zufolge geringer Ausnutzungsmöglichkeit zu stark belasten würde. Die Diätkost wird deshalb in der Hauptküche zubereitet.

jeden Tag von den Verzehrstellen Meldung über die Zahl der erforderlichen Mahlzeiten resp. Kostformen und deren Art. Auf Grund dieser Rapporte werden in den verschiedenen Küchenabteilungen die Speisen zubereitet und zur Verteilung bereitgestellt.

Die Verteilung der Speisen an die Patienten und das Personal stellt die Spitäler, vorab die Großbetriebe, vor neue Probleme: Wie können die relativ großen Distanzen zwischen Küche und Patient überbrückt werden, damit dieser sein Essen warm, schmackhaft und appetitlich serviert erhält? Hier muß neben der Organisation die Technik helfen. Meist werden die Speisen in Souterraingängen mittels geheizter Wagen zu den Speiseaufzügen der Krankenabteilungen gebracht. Dabei kommt man von den früher üblichen, mit Heißwasser warmgehaltenen Servicegeschirren immer mehr ab, weil sie zu unhandlich sind und zu viel toten Raum beanspruchen. Anstelle der einzelnen Gefäße wird das Transportmittel geheizt. Im Bürgerspital Basel zum Beispiel werden die Speisen in der Zentralküche in Großkantinen abgefüllt, sodann in geheizten, geschlossenen Transportwagen bis in die Abteilungsküchen der Pflegestationen geführt, dort auf geheizte Servierboys zur individuellen Verteilung umgeladen oder für die Erst- und Zweitklass-Patienten portioniert.

Es hat sich nun aber gezeigt, daß einer Zentralisierung des Küchenbetriebes Grenzen gesetzt sind. Selbst mit den modernsten technischen Hilfsmitteln ist es nicht möglich, große Speisemengen ebenso schmackhaft zuzubereiten wie kleinere Quantitäten. Ebenso läßt auch die Ueberbrückung des Weges von der Küche ins Krankenzimmer meist in irgend einer Form zu wünschen übrig. Deshalb wird immer noch nach neuen Lösungen gesucht, die besser und sicherer, das heißt weniger den Eventualitäten von Störungen und Qualitätsverminderungen ausgesetzt sind. Im neuen Kantonsspital Zürich ist die Speisezubereitung in der Weise dezentralisiert, daß ihre Endstufe näher an den Verbrauchsort herangeschoben ist. In der Zentralküche werden die Nahrungsmittel nur vorbereitet und vorgekocht. Die endgültige Zubereitung erfolgt in den sogenannten Verteilküchen, von welchen je eine auf ca. 180—200 Betten entfällt und in deren Aufgabenbereich auch die Zubereitung von Getränken gehört. Die durch die Dezentralisation zweifellos verursachte Verteuerung wird jedoch durch die Vermeidung einer Massenkost in leistungsqualitativer Hinsicht wettgeschlagen.

Die Verpflegung des Personals ist verschieden geregelt. In kleinen und mittleren Anstalten liegt eine zentrale Verköstigung durchaus im Bereich des Möglichen, während Großbetriebe eher mehrere Verköstigungsstellen für das interne Personal, vorab für das Pflegepersonal schaffen müssen. Im Kantonsspital Zürich wird der Versuch gemacht, das gesamte Personal an einem Ort nach dem Selbstbedienungssystem unter

Verwendung von Auswahlmenüs zu verköstigen⁴⁸⁾). Die Vor- und Nachteile dieses Verpflegungssystems im schweizerischen Krankenhaus bleiben noch abzuwarten.

Die Geschirr-Reinigung ist eine notwendige Voraussetzung zur Wiederholung der Verköstigungsleistung. Das Eßgeschirr wie Teller, Tassen, Gläser und Eßbesteck werden prinzipiell am Gebrauchsort, das heißt auf den Krankenabteilungen gereinigt und zum Wiedergebrauch gelagert. Neben praktischen Gründen sind es auch solche hygienischer Art, die dieses Vorgehen bedingen, vorab in den Infektionsabteilungen. Inbezug auf das Service-Geschirr hingegen stehen verschiedene Möglichkeiten offen. In kleineren und mittleren Anstalten kommt dieses mit den Speiseresten (die für menschliche Nahrung nicht mehr verwendet werden dürfen) in die Küche zurück und wird in einer der Vorküche angegliederten Spülküche zusammen mit dem Küchengeschirr gereinigt und für den Wiedergebrauch bereitgestellt. In Großspitälern mit einer Zentralküche kann diese jedoch unter Umständen den Servicegeschirranfall neben dem Küchengeschirr nicht mehr bewältigen, weil die Räume, Einrichtungen und speziell Arbeitskräfte bereits wieder zur Vor- und Zubereitung der nächsten Mahlzeit beansprucht werden, so daß das Servicegeschirr hier ebenfalls auf den Krankenstationen wieder in gebrauchsfähigen Zustand gebracht wird.

4. Die Beherbergung

Unter Beherbergung sind alle Leistungen zu verstehen, die mit der Unterkunftsgewährung an den Patienten zusammenhängen. Diese Leistungen sind wirtschaftlich gesehen reine Dienstleistungen und stellen vom rechtlichen Standpunkt aus entgeltliche Benützungsrechte dar. Der Betrieb überläßt dem Klienten seine Beherbergungseinrichtung mit der zugehörigen Bedienung zur Nutzung.

Als Beherbergungseinrichtung im Spital sind zu betrachten: Das Krankenbett, das Krankenzimmer mit seinem Mobiliar, Bad und sanitäre Einrichtungen, Aufenthaltsräume, Lift etc., während unter Bedienung die Uebernahme der mit der Beherbergung verbundenen Handreichungen zu verstehen sind, vor allem das Ordnen der Betten, die Reinigung der Räume und die Besorgung der nichtpersönlichen Wäsche.

Die Beherbergungsleistung allgemein ist zeit- und ortsgebunden. Die Leistungserstellung kann deshalb nur dann und dort erfolgen, wo eine Nachfrage vorhanden ist und verläuft daher parallel zu dieser. Eine Beschleunigung der Leistungserstellung ist in der Beherbergung nicht mög-

⁴⁸⁾ Dieses System hat sich in den USA und Schweden schon seit Jahren bewährt, wurde aber bis jetzt in der Schweiz noch nie angewandt.

lich. In der Sachgüterproduktion kann die Leistungsmöglichkeit durch Einführung des Schichtbetriebes erhöht und die Leistungsintensität mittels Rationalisierung gesteigert werden. Die Kapazität der Beherbergung jedoch wird allein durch die Bettenzahl bestimmt und läßt sich durch organisatorische Maßnahmen nicht vergrößern ⁴⁹⁾). Der relativ stark schwankenden Nachfrage nach Spitalbetten ⁵⁰⁾ steht demnach ein verhältnismäßig starres Angebot gegenüber, das aber im öffentlichen Spital in der Regel so groß ist, daß die Nachfrage auch bei hohem Stand befriedigt werden kann ⁵¹⁾).

Die Krankenhausbeherbergung schafft die Voraussetzungen für die ärztliche Behandlung und Pflege derjenigen Patienten, die durch ihre Krankheit bettlägerig sind. Es liegt in der Natur der Sache, daß die mit der Beherbergung verbundene Bedienung weitgehend dem Aufgabenbereich der Krankenpflege zugehört. Dies gilt vor allem für jene Dienstleistungen, die direkt mit der Person des Kranken zusammenhängen. Die übrigen persönlichen Dienstleistungen sind anderen Funktionszweigen zugeordnet, neben der Wäscherei und dem technischen Kontroll- und Reparaturdienst vor allem dem Hausdienst, dessen Hauptaufgabe in der Reinigung besteht.

Die Reinigung der Räumlichkeiten gestaltet sich im Spital nicht so einfach wie andernorts, denn sie muß während der Betriebszeit erfolgen und zwar derart, daß die übrigen Aufgaben des Krankenhauses nicht

⁴⁹⁾ In Zeiten mit Personalmangel kann eine Verringerung der Kapazität notwendig werden, weil das Personal zur Bedienung nicht beigebracht werden kann.

⁵⁰⁾ Die jährlichen Schwankungen der Nachfrage sind in Tab. 6 und in der Beilage Nr. 7 des Anhanges aufgezeichnet. Die saisonalen und täglichen Fluktuationen seien kurz an Hand der Patientenzahlen der kantonalen Krankenanstalt Liestal exemplifiziert: Hierbei ist vor allem auffallend, daß die Schwankungen jedes Jahr ziemlich gleich verlaufen. Für das Jahr 1949 ergaben sich beispielsweise folgende Veränderungen: Im Januar stieg die Patientenzahl rapid an, erreichte im Februar einen Höchststand und sank dann im Durchschnitt langsam ab bis zum Tiefpunkt im Mai. In den Sommermonaten Juni, Juli und August waren starke Schwankungen zu verzeichnen, die sich aber in großer Durchschnittshöhe bewegten. Der Herbsttiefstand wurde im November erreicht, worauf die Patientenzahl erneut anstieg und auf Jahresende (Festtage) wieder absank. Die Belegung betrug im Jahresdurchschnitt 141 Patienten pro Tag. Als Maximum wurden 162, als Minimum 100 Patienten verzeichnet. Neben diesen saisonalen Schwankungen traten tägliche Veränderungen der Patientenzahl bis zu 10 % des jeweiligen Bestandes auf, wobei in der Regel ein Absinken auf das Wochenende festzustellen war.

⁵¹⁾ Eine Entlastung der Spitäler ist höchstens möglich durch den Ausbau der öffentlichen Hauspflege. Damit könnte die Spitalaufenthaltsdauer abgekürzt werden und die frei werdenden Krankenbetten würden für neue Krankheitsfälle zur Verfügung stehen.

darunter leiden. Die Reinigungsmethoden sind an gewisse Voraussetzungen gebunden, deren wichtigste die Vermeidung von Lärm ist. Dieser Umstand läßt eine Verwendung von Maschinen nur in beschränktem Umfange zu, obschon dadurch erhebliche Mehrkosten an Arbeitslöhnen entstehen. Um dennoch den Reinigungsvorgang rationeller zu gestalten, sind einige größere Anstalten zum sogenannten Putzequipensystem⁵²⁾ übergegangen, das aber in der Regel nach Möglichkeit nur außerhalb des Krankenzimmers angewandt wird, um die Zahl der in diesem tätigen Personen nicht unnötig zu vergrößern⁵³⁾.

5. Die Hilfsdienste und Nebenbetriebe

Die Hilfsdienste umfassen alle jene Leistungen höheren Grades⁵⁴⁾, die dem Klienten nur mittelbar zugute kommen, das heißt solche, die eine Voraussetzung für die Erstellung oder eine Bedingung für die reibungslose Uebermittlung der Leistungen niedrigeren Grades bilden oder diese ergänzend unterstützen. Solche Hilfsdienste und Nebenbetriebe sind:

1. Die Desinfektion (Sterilisation),
2. die Wäscherei, Glätterei und Lingerie,
3. der technische Kontroll- und Reparaturdienst,
4. der Automobilbetrieb, und
5. die Gärtnerei.

Nach der Art der behandelten Gegenstände wird die Desinfektion unterschieden in eine solche von Instrumenten (Sterilisation genannt), von Gebrauchsgegenständen, Wäsche und Räumlichkeiten. Instrumente (Operationsbesteck u. a.) werden am Gebrauchsort mittels spezieller Apparate⁵⁵⁾ oder durch bloßes Auskochen (Injektionsspritzen) sterilisiert, während Räume durch Desinfektionsnebel oder Auswaschen keimfrei gemacht werden. Besondere Einrichtungen größeren Ausmaßes erfordert jedoch die Desinfektion der Infektionswäsche, die zeitlich und räumlich dem Waschprozeß vorgelagert ist⁵⁶⁾.

In der Wäscherei, Glätterei und Lingerie wird die gesamte Spitalwäsche wie Bettwäsche, Nachthemden, Tischtücher, Berufsschürzen, Kü-

⁵²⁾ Das Reinigungspersonal ist bei diesem System nicht mehr räumlich verteilt, sondern arbeitet in Equipen zusammen (Teamwork), zum Beispiel: Fensterputzer, Korridorreiniger etc.

⁵³⁾ Nur wer selbst einmal schwer krank in einem Spital gelegen hat, kann ermessen, wie stark eine Vielzahl im Krankenzimmer hantierender Personen das Gemüt des Patienten belasten.

⁵⁴⁾ Vgl. Anmerkung Kap. II, Abschnitt C.

⁵⁵⁾ Darin werden die Instrumente unter Dampfdruck gesetzt und so entkeimt.

⁵⁶⁾ Es ist hier nicht der Ort, um die verschiedenen Desinfektionsmethoden zu erörtern; sie sind Arbeitsgebiete des Chemikers und Technikers.

chentücher etc. sowie die persönliche Wäsche des internen Personals zur Wiederverwendung bereitgestellt. Die großen zu bewältigenden Mengen ⁵⁷⁾ bedingen eine weitgehende Mechanisierung des ganzen Prozesses, die auch vom hygienischen Standpunkt aus nur befürwortet werden kann.

Das große Ausmaß der technischen Einrichtungen und die schwerwiegenden Folgen, die technische Störungen für ein Spital mit sich bringen können, bedingen eine fortwährende Ueberwachung aller Maschinen und Einrichtungen, der Wärme-, Kälte- und Wasserversorgungsanlagen sowie sämtlicher Installationen, damit Störungen vermieden oder doch wenigstens im Anfangsstadium behoben werden können. Diese Kontrollen und kleineren Reparaturarbeiten sind nicht möglich ohne technische Hilfsmittel und Hilfskräfte, weshalb die Spitäler eigene Werkstätten mit den nötigen Einrichtungen besitzen. Die Größe der Werkstätten, das Ausmaß der Einrichtungen und die Zahl des technischen Personals hängen einerseits von der Größe der Anstalt und anderseits von deren Lage ab: Die Bedeutung des Reparaturdienstes wächst mit zunehmender Entfernung des Betriebsstandortes vom freien Gewerbe.

Der Krankenautomobildienst bringt diejenigen Patienten, die nicht selbst das Spital aufsuchen können, in dessen Wirkungsbereich. Er kann als betriebliche Leistung organisiert sein oder — vorab in den Städten — mit dem kommunalen Unfallpikettdienst verbunden oder einem privaten Taxiunternehmen übertragen werden. Der Umfang dieses Krankentransportdienstes wird naturgemäß bedingt durch die Nachfrage, das heißt durch die Zahl der das Krankenhaus passierenden Patienten.

Zur Pflege der Anlagen und zur Versorgung des Krankenhauses mit Blumen führen die meisten Spitäler eine eigene Gärtnerei. Ist deren direkter Nutzen vom Kostenstandpunkt aus auch gering oder gar negativ, so darf doch die psychologische Wirkung gepflegter Anlagen und Blumen im Krankenhaus auf den Patienten in keiner Weise unterschätzt werden. In schweizerischen Anstalten, vorab in ländlichen Verhältnissen, ist der Gärtnereibetrieb oft erweitert und umfaßt auch Gemüsepflanzungen. Nicht selten ist er sogar mit einem spitaleigenen landwirtschaftlichen Betrieb verbunden, um durch teilweise Selbstversorgung mit Nahrungsmitteln und durch Erzielung eines Erlöses aus dem Produktionsüberschuß die Pflegeetagskosten zu senken. Stark verbreitet sind auch die Schweinemästereien, welche die Krankenhäuser führen, um ihre Abfälle — deren Mengen nicht gering sind, da Speiseresten, die aus den Krankenzimmern zurückkommen, nicht mehr verwendet werden dürfen — auf eine vorteilhafte Art zu verwerten. Nach *Alter* sind jedoch Nebenbetriebe im Krankenhaus nur daseinsberechtigt, «wenn sie unbedingt betriebsnotwendig sind, den Hauptzweck des Hauses in keiner Weise beeinträchtigen

⁵⁷⁾ Im Bürgerspital Basel zum Beispiel durchschnittlich 1500 kg pro Tag.

und bei exaktester Buchführung, die jede Lohnminute wertet, keinerlei Verluste ergeben»⁵⁸⁾.

Diese Teilleistungen, die im einzelnen wesentlichen Einflüssen ausgesetzt sein können, bilden in ihrer Gesamtheit die Spitalleistung. Es ist nicht schwer, aus dem Gesagten zu erkennen, daß die Leistungserstellung im Spital nach andern Gesichtspunkten erfolgt als in jeder sonstigen Betriebswirtschaft, daß zudem durch den Charakter der Spitäler als öffentliche Betriebe mannigfaltige außerwirtschaftliche Faktoren ihren Schatten auf die Betriebsführung werfen und daß es allgemein schwer hält, in dieser medizinischen und sozial-volkswirtschaftlichen Institution betriebsrationale Grundsätze zu wahren. Dies um so mehr, als das Weiterbestehen oder der Untergang des Betriebes nicht von der Rentabilität abhängt, sondern einzig und allein vom Bedarf der Volksgemeinschaft.

Die Spitalleistung wird nicht als Ganzes erbracht, sondern in allen ihren Teilen dem individuellen Bedürfnis des einzelnen Klienten angepaßt. Es ist naheliegend, daß durch diese Besonderheiten auch finanzielle Auswirkungen zutage treten, die erst zu untersuchen sind, bevor irgendwelche Konsequenzen gezogen werden können. Diese Untersuchung bildet den Inhalt des nachfolgenden Kapitels III, soweit es sich um die Darstellung der konkreten Verhältnisse handelt. Ueber die Möglichkeiten einer genaueren Kostenerfassung, die grundsätzliche Entscheidungen betriebswirtschaftlicher Art gestattet, sowie über einige neue Wege im Krankenhauswesen orientieren die Ausführungen in Kapitel IV.

⁵⁸⁾ Alter, a. a. O., S. 30.

Die Aufwände und ihre Deckung

*Eine Untersuchung der Jahresrechnungen schweizerischer Spitäler
von 1938 bis 1948*

A. Ziel und Grundlagen der Untersuchung

Wie jede Betriebswirtschaft hat auch das Spital mit äußeren Einflüssen zu rechnen, denen es sich nicht entziehen kann. Konjunkturschwankungen und Aenderungen in der Wirtschaftsstruktur verschieben die Preise der wirtschaftlichen Güter, so daß die Krankenhäuser mit neuen Plandaten zu rechnen haben.

Die konkreten Zahlen dieses Kapitels zeigen, aus welchen Hauptgruppen sich die Gesamtaufwände im Spital zusammensetzen, wer dafür aufkommt und wie sich die einzelnen Größen innerhalb von 10 Jahren verändert haben. Grundlage der Untersuchung bilden die Fragebogen der eidgenössischen Krankenhausstatistik ¹⁾, auf der die Kontierung der Spitalbuchhaltungen aufgebaut ist. Diese besteht aus einer Betriebsrechnung (Erfolgsrechnung) und einer Vermögensrechnung, deren Kontengliederung in der Beilage Nr. 5 des Anhanges aufgezeichnet ist. Die Betriebsrechnung scheidet die Aufwände (in der Spitalpraxis Kosten genannt) und Erträge grundsätzlich nach Arten, jedoch sind einzelne Ansätze zu Kostenstellen mit darin enthalten. Diese Inkonsequenz beruht weniger auf Absicht, sie ist vielmehr auf die Bestrebungen zurückzuführen, einen Kontenplan zu schaffen, der für alle Spitäler, von der großen Universitätsklinik bis zum kleinen Landkrankenhaus, Verwendung finden kann. Konnte nun eine einheitliche Kontierung der Betriebsrechnung in den schweizerischen Krankenanstalten verwirklicht werden, so trifft dies für die Vermögensrechnung nur teilweise zu. Diese wird in manchen Spitälern nicht gesondert geführt, sondern bildet einen Bestandteil des kantonalen oder kommunalen Vermögensausweises ²⁾, so daß bei solchen

¹⁾ Diese Fragebogen enthalten alle Angaben, die aus der vorhandenen Buchhaltung ohne Betriebsabrechnung ermittelt werden können, sofern die Betriebsleitung zur Preisgabe der Ergebnisse gewillt ist.

²⁾ Zum Beispiel: Kantonsspital Lausanne und Zürich u. a.

Krankenhäusern die Buchführung auf die Betriebsrechnung allein beschränkt ist. Daneben ist jedoch festzustellen, daß ein Großteil der Spitäler über zweckgebundene Spezialfonds³⁾ verfügen, deren Rechnung von der ordentlichen Vermögensrechnung getrennt und unabhängig von dieser geführt wird, in einem eventuellen Gesamtvermögensausweis aber berücksichtigt sein kann.

Zunächst ist es nötig, nochmals kurz auf die eidgenössische Krankenhausstatistik einzugehen. Die Erhebungen erfolgten erstmals im Jahre 1936 und zwar nach medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Während die Fragebogen der Medizinalstatistik bereitwillig ausgefüllt wurden, stieß die Einführung einer Wirtschaftsstatistik auf härteren Widerstand, so daß sich eine Auswertung des erlangten Zahlenmaterials erst zwei Jahre später lohnte, als die Hälfte aller Anstalten, die $\frac{3}{4}$ des gesamtschweizerischen Bettenbestandes einschlossen, erfaßt werden konnten. Diese Statistik wurde dann bis zum Jahre 1941 weitergeführt. Vergleiche ihrer Ergebnisse sind aber leider nur bedingt möglich, da die Anzahl der erfaßten Betriebe variierte, wodurch die Durchschnittswerte beeinflusst wurden.

Das eidgenössische statistische Amt gliederte in seinen Auswertungen die Spitäler in

Kantonsspitäler
Bezirks- und Kreisspitäler
Gemeindespitäler
Frauenspitäler
Kinderspitäler.

Es zeigte sich jedoch, daß diese Gliederung den Ansprüchen nicht genügte, weil die betriebswirtschaftlichen Faktoren, die durch den Charakter und die Größe der Anstalt bestimmend beeinflusst werden, zu wenig berücksichtigt waren und deshalb die statistischen Ergebnisse für die einzelnen Spitäler der betreffenden Gruppe nicht als Vergleichsbasis betrachtet werden konnten.

Als sich die VESKA entschloß, im Jahre 1947 selbst eine Wirtschaftsstatistik auszuarbeiten, wurde eine neue Einteilung vorgenommen, in der nun die allgemeinen Spitäler in folgende Kategorien gruppiert werden:

Universitätsspitäler
Kantonsspitäler
übrige allgemeine Spitäler über 75 Betten
übrige allgemeine Spitäler unter 75 Betten
Frauenspitäler
Kinderspitäler.

³⁾ Freibettenfonds, Weihnachtsfonds etc.

Diese Einteilung liegt auch der vorliegenden Untersuchung zugrunde ⁴⁾, jedoch sind die Frauen- und Kinderspitäler, die unseres Erachtens den Charakter von Spezialanstalten haben, weggelassen.

Der oben erwähnte Widerstand gegen eine Wirtschaftsstatistik ist auch heute noch nicht ganz überwunden, wie die Lückenhaftigkeit des statistischen Unterlagenmaterials beweist. Diese nimmt vorab für die welsche Schweiz und den Tessin derartige Ausmaße an, daß von einer Erfassung sämtlicher schweizerischer Krankenanstalten keine Rede sein kann. Deshalb blieb für diese Untersuchung kein anderer Weg übrig, als aus jeder Kategorie eine Auswahl zu treffen. Dabei galt es, unter denjenigen Spitälern, die während zehn Jahren die Wirtschaftsstatistik lückenlos ausgefüllt hatten, dermaßen auszuwählen, daß die Durchschnitte der Auswahlbetriebe annähernd an die gesamtschweizerischen Durchschnitte herankommen. Diese konnten im Jahre 1941 am genauesten ermittelt werden, weil damals ein Höchststand an erfaßten Betrieben erreicht wurde. Es lag daher auf der Hand, die Durchschnitte dieses Jahres als Auswahlbasis zu verwenden ⁵⁾. Wenn nun die auf solcher Grundlage errechneten Durchschnitte von den jeweiligen Gesamtdurchschnitten auch etwas abweichen, so ist doch eine weitgehende Vergleichbarkeit der Zahlen verschiedener Jahre gewährleistet.

Wie aus den obigen Ausführungen zu ersehen ist, war es nicht möglich, für einen weiter zurückliegenden Zeitraum vergleichbare Durchschnittszahlen zu ermitteln. Die früheren Jahresberichte einzelner Spitäler geben jedoch einige Anhaltspunkte, die in der Beilage Nr. 6 des Anhanges für ein Universitätsspital, ein Kantonsspital und je ein Krankenhaus mit mehr und mit weniger als 75 Betten zusammengestellt sind.

Sämtliche nachfolgenden Vergleichszahlen sind relativ, das heißt reduziert auf die Leistungseinheit des Krankenpflegetages und werden somit nach dem Gesetz der Kostendegression durch die Zahl der Pflegetage beeinflusst. Diese Einwirkung darf nicht außer Acht gelassen werden. Die Veränderungen der Besuchsfrequenz sind deshalb zuerst aufzuzeigen und deren Gründe in großen Zügen abzuklären ⁶⁾.

⁴⁾ Vgl. hiezu Kap. I, Abschnitt A.

⁵⁾ Die für die Untersuchung berücksichtigten Spitäler sind im Quellennachweis angeführt.

⁶⁾ Die durchschnittliche Bettenbelegung fällt in diesem Zusammenhang außer Betracht. Sie wird bei der Berechnung der Aufwände und Erträge pro Leistungseinheit ebensowenig berücksichtigt wie der Ausnutzungskoeffizient der Betriebskapazität bei der Berechnung der Stückkosten eines Fabrikationsbetriebes.

*Tab. 6. Prozentuale Veränderung der Pflegeetage
von 1939 bis 1948 ⁷⁾*

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1939	100	100	100	100
1940	101	108	102	106
1941	100	107	98	106
1942	101	108	103	108
1943	120	110	113	113
1944	127	123	122	116
1945	127	123	123	115
1946	131	121	120	117
1947	129	118	121	114
1948	130	116	116	109

Tabelle 6 zeigt ein generelles Ansteigen der Zahl der Pflegeetage während der Kriegsjahre. Dieses ist einerseits auf die vermehrte Einweisung von Militärpatienten, anderseits auf die Rationierung von Brennstoffen und Nahrungsmitteln zurückzuführen. Die schwindenden Vorräte in den Privathaushalten erschwerten eine Heimbehandlung der Patienten, so daß sich eine größere Nachfrage nach Spitalpflege ergab. Mit der Verbesserung der Versorgungslage nach Kriegsende ging auch die Zahl der Pflegeetage wieder zurück, sank aber nicht mehr auf den Vorkriegsstand, woraus wir schließen können, daß sich die Zahl der Pflegeetage auch ohne die äußern Einflüsse der Kriegsjahre vermehrt hätte. Der Grund dieser Entwicklung ist durch die Bevölkerungszunahme einerseits und die Auswirkungen der Ueberalterung anderseits gegeben. Sicher spielt hier auch die Ausdehnung des Krankenversicherungswesens eine Rolle sowie das langsame Verschwinden der Spitalangst bei der Bevölkerung.

B. Die Aufwände

1. Die Gesamtaufwände

*Tab. 7. Totalaufwände der allgemeinen Spitäler von 1938—1948
in Franken pro Krankenpflegetag ⁸⁾*

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1938	10.08	9.01	—	—
1939	10.15	9.39	7.70	7.19

⁷⁾ Vgl. Beilage Nr. 7 des Anhanges.

⁸⁾ Vgl. Beilage Nr. 8 des Anhanges.

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1940	10.56	9.22	8.01	7.36
1941	11.08	9.56	8.78	7.80
1942	11.96	10.30	8.87	8.35
1943	11.86	11.18	9.19	8.80
1944	12.61	11.22	9.31	9.47
1945	13.88	12.70	10.17	9.97
1946	17.31	13.97	11.14	10.24
1947	20.65	16.40	12.27	11.81
1948	23.27	18.55	13.46	13.94

Allgemein kann bei sämtlichen vier Kategorien eine gemeinsame Feststellung gemacht werden: Die Totalaufwände haben sich überall erheblich vergrößert. Ueber das Ausmaß der Steigerung im Jahre 1948 gegenüber 1939 ergibt die nachfolgende Tabelle 8 Aufschluß.

Tab. 8. Prozentuale Aufwandvermehrung von 1939—1948 ⁹⁾

Universitätsspitäler	129 %
Kantonsspitäler	97 %
Allgemeine Spitäler über 75 Betten	75 %
Allgemeine Spitäler unter 75 Betten	94 %

Aus den Kurven der Totalaufwände in der Beilage Nr. 8 des Anhanges ist ersichtlich, daß sie im großen und ganzen regelmäßig verlaufen mit einer zunehmenden Steigerung in den letzten Jahren. Vergleicht man die leichten Stufen in der Kurve, verursacht durch die unterdurchschnittliche Aufwandvermehrung oder gar — wie bei den Universitätsspitalern — die Aufwandsverminderung pro Krankenpflegetag in einzelnen Jahren, mit dem Verlauf der Pfelegetagkurve ¹⁰⁾, so ist festzustellen, daß sich in diesen Jahren die Pfelegetage überproportional, die Aufwände jedoch unterproportional zur durchschnittlichen Steigerung veränderten. Die Abweichungen vom Trend wurden somit zur Hauptsache durch den Einfluß der Leistungsmenge auf die Aufwände pro Leistungseinheit verursacht.

Die vom Jahre 1945 an deutlich erkennbare stärkere Erhöhung der Aufwände hat zwei Gründe: Erstens liegt genau der umgekehrte Fall der soeben erwähnten Erscheinung vor, indem der Pfelegetagindex bei weiter ansteigenden Absolutkosten teilweise zurückging. Zweitens ist in diesen Jahren eine erhebliche Vermehrung der Lohnausgaben zu verzeichnen,

⁹⁾ Vgl. Beilage Nr. 10 des Anhanges.

¹⁰⁾ Vgl. Beilage Nr. 7 des Anhanges.

eine Erhöhung derjenigen Aufwände, die den stärksten Einfluß auf die Gestaltung der Totalaufwände ausüben und auf die im folgenden näher einzugehen sein wird.

2. Der Personalaufwand

Da ein Spital zur Hauptsache persönliche Dienstleistungen erbringt, liegt es auf der Hand, daß der Bedarf an Arbeitskräften und dementsprechend auch der Aufwand dafür verhältnismäßig groß ist. Die folgende, auf Grund der im eidgenössischen statistischen Jahrbuch veröffentlichten Zahlen errechnete Tabelle 9 gibt Aufschluß über die Personalintensität der schweizerischen Allgemeinspitäler.

Tab. 9. Durchschnittlicher Personalanteil auf 100 verpflegte Patienten pro Tag ¹¹⁾

	1939	1941	1943	1945	1947
Aerzte	4,7	4,5	4,4	4,7	5,0
Pflegepersonal	27,6	26,8	25,6	25,9	29,5
Uebrige ärztliche Hilfsdienste	2,8	2,8	3,4	3,5	4,3
Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal	25,7	24,9	24,1	24,2	27,5
Total	60,8	59,0	57,5	58,3	66,3

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß durchschnittlich auf eine Arbeitskraft nicht einmal 2 Patienten entfallen, oder anders ausgedrückt, daß theoretisch eine Arbeitskraft mit allen technischen Hilfsmitteln nicht imstande ist, zwei ganze Leistungseinheiten zu erbringen. Verglichen mit der Hauspflege eines Kranken kann also die Leistung im Spital mit seiner Arbeitsteilung und Einrichtungen nicht einmal verdoppelt werden, wobei allerdings in diesem Vergleich die Qualität und das Ausmaß der Leistung nicht berücksichtigt ist. Trotzdem machen es diese Zahlen verständlich, daß der Hauptanteil an den Gesamtaufwänden eines Spitals auf die Personalausgaben entfällt.

Tabelle 10 gibt hiezu die konkreten Zahlen, welche die Aufwände für Löhne sowie die vom Spital geleisteten Beiträge an die Pensionskassen-, Krankenkassen- und Unfallversicherungsprämien pro Leistungseinheit enthalten ¹²⁾.

¹¹⁾ Die Zahlen dieser Tabelle sind aus der Zahl der jährlichen Pfl egetage und des Personalbestandes ermittelt. Aus der Summe der Pfl egetage wurde das Tagesmittel errechnet und das Verhältnis zwischen diesem und dem Personalbestand auf 100 verpflegte Patienten reduziert.

¹²⁾ Der Wert der freien Station ist dabei nicht inbegriffen.

Tab. 10. Personalausgaben in Franken pro Krankenpflegetag ¹³⁾

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1938	4.23	3.45	—	—
1939	4.42	3.48	2.05	2.26
1940	4.51	3.35	2.10	2.27
1941	4.84	3.62	2.34	2.30
1942	5.22	3.89	2.40	2.45
1943	5.09	4.26	2.41	2.49
1944	5.38	4.28	2.48	2.77
1945	6.20	5.59	2.78	3.06
1946	8.37	6.44	3.31	3.51
1947	10.—	8.06	4.03	4.13
1948	11.48	9.31	4.62	5.66

Im Jahre 1939 machten die Ausgaben für Personal in den Universitäts- und Kantonsspitalern ungefähr $\frac{2}{5}$, bei den übrigen allgemeinen Spitalern über 75 Betten ca. $\frac{1}{4}$ und bei den Kleinbetrieben etwas weniger als $\frac{1}{3}$ der Gesamtaufwände aus. Dieser Anteil stieg bis zum Jahre 1948 für die ersten zwei Kategorien auf rund die Hälfte, während er für die dritte Gruppe ca. $\frac{1}{3}$ und für die Kleinspitäler ungefähr $\frac{2}{5}$ betrug. Eine geringe relative Steigerung ist also bei den kleineren Spitalern zu verzeichnen, was darauf zurückzuführen ist, daß die Betriebe der dritten und vierten Kategorie weniger personalintensiv sind als die übrigen, weshalb sich die Personalaufwandsteigerung im Vergleich zu den Gesamtaufwänden in engen Grenzen hält, obschon sie, absolut gesehen, mehr als 50 % ausmacht. Zudem haben diese Anstalten, wie die Zahl der Pflegetage zeigt, eine geringere Kapazität. Ihr Betrieb erfordert deshalb weniger zusätzliches Personal, so daß die Ursache der absoluten Steigerung der Personalausgaben zum größten Teil in Lohnerhöhungen zu suchen ist.

In diesem Zusammenhang ist ein Problem zu erwähnen, das in neuerer Zeit viel diskutiert wurde und das auf den Personalaufwand nicht unwesentliche Auswirkungen zeitigt. Es handelt sich hierbei um die Art und Weise der Lohnberechnung. Da der Großteil des Spitalpersonals betriebsintern lebt, stellt die freie Station einen Bestandteil der Besoldung dar. Es besteht nun aber keine generelle Regelung darüber, wie Löhne ausgewiesen werden müssen. Der Modus ist den einzelnen Betrieben freigestellt, sofern sie nicht an ein Besoldungsreglement der Gemeinde oder des Kantons gebunden sind. So kommt es vor, daß einzelne Anstalten die Aufwendungen für Kost und Logis des Personals als *fait accompli* be-

¹³⁾ Vgl. Beilage Nr. 8 des Anhanges.

trachten und für die Betriebsrechnung überhaupt nicht berücksichtigen, sondern einfach die Barlöhne ausweisen. Andere Spitäler wiederum verrechnen wohl auch den Barlohn als Grundlage, addieren aber eine Entschädigung¹⁴⁾ für die freie Station hinzu, wobei dieser Betrag als Verrechnungsposten auch in die Einnahmen gesetzt wird, weil ja in den Betriebsaufwänden — exklusive Personalausgaben — die Aufwände der Anstalt für Kost und Logis des internen Personals schon inbegriffen sind. Eine andere Lösung, die sich heute allgemein langsam einbürgert, ist die folgende: An Stelle der Barlöhne wird eine Bruttobesoldung ausgewiesen und dem Personal der für Kost und Logis (inklusive Wäsche, Mobiliarenbenützung, Licht, Kraft, Wärme etc.) errechnete Betrag abgezogen, der dann für den Betrieb eine Einnahme für seine Gegenleistung der freien Station bildet. Abgesehen von den wirtschaftlichen Vorteilen dieser Berechnungsart besteht auch die Möglichkeit, die Entschädigung für Unterkunft abzustufen je nach Lage, Größe und Komfort des dem betreffenden Angestellten zur Verfügung stehenden Zimmers.

Ein Vergleich der Gesamtaufwandkurve mit derjenigen der Personalauslagen in der Beilage Nr. 8 des Anhanges zeigt, daß die beiden sozusagen parallel verlaufen, was den bestimmenden Einfluß der Personalausgaben auf die Gesamtaufwände bestätigt.

Welches sind nun die Gründe für das enorme Ansteigen der Personalausgaben? Der durch neue und intensivierte Behandlungsmethoden vermehrte Personalbedarf übt hier nur einen geringen Einfluß aus, was in Tabelle 9 deutlich zum Ausdruck kommt. Ebenso treten die Auswirkungen des 1947 ratifizierten Normalarbeitsvertrages¹⁵⁾, der die Spitäler bis spätestens 1951 zur Einführung der 60-Stunden-Woche verpflichtet und ferner Ferien, Freitage und Freistunden regelt, noch nicht voll in Erscheinung, weil die zu seiner Durchführung notwendigen Arbeitskräfte einfach fehlen. Wenn aber der generelle Personalmangel einmal behoben ist, ergeben sich für die Spitäler neue Belastungen, da sie nicht nur für die Entlohnung der zusätzlichen Arbeitskräfte aufzukommen haben, sondern daß mehrheitlich auch die Schaffung neuer Personalunterkünfte nicht zu umgehen ist. An eine generelle Aufhebung des Internats für das Pflege- und Wirtschaftspersonal wird nicht gedacht¹⁶⁾. Die Personalausgabensteigerung gegenüber 1939 überschritt im Laufe des Jahres 1947 die 100 %-Grenze. Es ist deshalb als sicher anzunehmen, daß der Normalarbeitsvertrag hier noch keinen Einfluß ausübt, sondern daß es sich

¹⁴⁾ Sie wird mangels einer Betriebsabrechnung nur geschätzt und ist jedenfalls niedriger als ein entsprechender Pensionspreis außerhalb des Betriebes.

¹⁵⁾ Vgl. hiezu Kap. II, Abschnitt B, Ziff. 2.

¹⁶⁾ Vgl. hiezu vom Verfasser: Betriebsdefizite und Personalmangel, VESKA-Zeitschrift Nr. 7, Aarau 1951.

bei dieser Aufwandserhöhung um eine Anpassung der Löhne an die Teuerung ¹⁷⁾, um Dienstalterszulagen sowie um erhöhte Ausgaben als Folge der einsetzenden Personalvermehrung handelt.

Als besondere Erscheinung verdient hier festgehalten zu werden, daß Krankenhäuser, die mit Kongregationsschwestern oder Diakonissen arbeiten, geringere Personalaufwände zu verzeichnen haben als Spitäler, die freies Pflegepersonal beschäftigen ¹⁸⁾. Die Kongregationsschwestern und Diakonissen erhalten nicht den vollen Lohn, der niedriger ist als das durchschnittliche Gehalt der freien Schwestern, ausbezahlt, sondern dieser wird an die Kongregation oder das Diakonat, dem die Pflegerinnen angehören, überwiesen. Aber noch mehr, diese Schwestern arbeiten nicht um des Lohnes willen, sondern widmen ihr ganzes Leben der christlichen Liebestätigkeit, der Pflege leidender Mitmenschen. Keine Arbeit ist ihnen zu gering, sie kennen keine Probleme der Arbeits- und Freizeiteinteilung, sie haben nur ein Ziel: zu helfen. Für das Spital ergeben sich hieraus wesentliche Einsparungen als Folge der grundsätzlich andern Lebenseinstellung dieser Schwestern, die heute noch die Träger des christlich-charitativen Gedankens sind.

3. Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke

Der nach den Personalausgaben nächstgrößte Anteil an den Gesamtaufwänden entfällt auf die Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke. Die Entwicklung dieses Aufwandfaktors ist in der folgenden Tabelle 11 zusammengestellt.

¹⁷⁾ Hiezu sei festgestellt, daß die Kosten der verteuerten Lebenshaltung zum größten Teil nicht vom Personal, sondern vom Betrieb getragen wurden, der das Personal verköstigt und beherbergt. (Vgl. Anm. 14, S. 62.)

¹⁸⁾ Als Beispiel sei hier ein Vergleich zwischen zwei Spitälern angestellt. Die kantonale Krankenanstalt Liestal arbeitet mit freiem Pflegepersonal, das städtische Krankenhaus Rorschach mit Kongregationsschwestern.

1948:	Krankenanstalt Liestal	Krankenhaus Rorschach
Zahl der Krankenbetten	160	162
Zahl der Pfl egetage	49 065	46 925
Zahl der Pflegepersonen inkl. ärztliche Hilfsdienste	49	26
Barlöhne für diese	Fr. 144 351.—	Fr. 26 007.—
Durchschnittl. Barlohn pro Arbeitskraft	Fr. 2 946.—	Fr. 1 000.—
Durchschnittl. Lohnaufwand für Pflege- personal pro Pflege-Tag	Fr. 2.94	Fr. —.55

*Tab. 11. Aufwände für die Verköstigung in Franken
pro Krankenpflegetag ¹⁹⁾*

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1938	2.07	2.26	—	—
1939	2.08	2.37	1.92	1.69
1940	2.13	2.28	2.05	1.74
1941	2.28	2.42	2.39	1.91
1942	2.44	2.63	2.54	2.17
1943	2.59	2.71	2.51	2.16
1944	2.68	2.76	2.56	2.28
1945	2.80	2.78	2.70	2.40
1946	3.11	3.12	2.88	2.34
1947	3.45	3.31	3.10	2.67
1948	3.60	3.52	3.24	3.05

Diese Zahlen erfassen das Total sämtlicher Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke, inbegriffen die Verköstigung des Personals und der Wert der aus eigenen landwirtschaftlichen Betrieben bezogenen Produkte pro Leistungseinheit. Auffallend ist dabei die Tatsache, daß diese Beträge in allen Spitalkategorien ziemlich gleich sind, was den Schluß nahelegt, daß die Art und Größe des Spitals auf dessen Verpflegungsausgaben einen sehr geringen Einfluß ausübt. Wenn das Gesetz der Kostendegression hier nicht zum Ausdruck kommt, so liegt dies darin, daß die größeren Krankenanstalten, vorab die Universitäts- und Kantonsspitäler, betriebsverteuernde Diätküchen führen, die durch Charakter und Aufgabe dieser Krankenhäuser bedingt sind, für kleinere Spitäler aber nur in geringerem Maß in Frage kommen. Sodann spielt die größere Zahl des im Betrieb verpflegten Personals eine wesentliche Rolle. Die Aufwände für die Personalverköstigung sind in den Zahlen der Tabelle 11 mit enthalten und bewirken dort eine Erhöhung der Nahrungsausgaben bei personalintensiven Betrieben.

Hinsichtlich der Entwicklung seit 1939 ist festzuhalten, daß die größte Aufwandsteigerung bei den Universitätsspitalern zu verzeichnen ist, wo sie 73 % ausmacht, während die Kantonsspitäler mit 49 % die geringste Aufwandvermehrung ausweisen, was zum großen Teil darauf zurückzuführen ist, daß diese Spitäler 1939 mehr für Nahrungsmittel und Getränke ausgaben als die Anstalten der übrigen Kategorien. Weshalb sind nun aber die Verpflegungsausgaben der Spitäler durchschnittlich um 66 % gestiegen, während der offizielle schweizerische Nahrungskostenindex seit 1939 eine Erhöhung von 75 % angibt? Ein Grund dürfte in der

¹⁹⁾ Vgl. Beilage Nr. 8 des Anhangs.

kriegsbedingten Vorratshaltung zu suchen sein. Vor Ausbruch des Krieges und vor allem im Jahre 1939 hatten auch die Krankenhäuser Pflichtvorräte anzulegen, die während des Krieges immer wieder nach Möglichkeit ersetzt wurden. Dadurch sind einmal die Verpflegungsaufwände des Jahres 1939 überhöht, weil in einigen Betrieben die zusätzlichen Ausgaben im gleichen Jahr voll ausgebucht wurden. Dies dürfte besonders bei den Kantonsspitalern der Fall gewesen sein. Diese Annahme wird bestätigt durch die Tatsache, daß in der genannten Anstaltskategorie der Durchschnitt im Jahre 1940 wieder etwas zurückging. Die Nahrungsmittelvorräte, die zu einem billigeren als dem entsprechenden Marktpreis im Verbrauchsjahr eingekauft wurden, ließen die Kurve der Verpflegungsaufwände nicht in dem Maße ansteigen, wie dies ohne Vorratshaltung der Fall gewesen wäre, oder sie verschoben zum wenigsten das Ansteigen um einige Zeit. Das Aufbrauchen der Vorräte gegen Kriegsende und in der Nachkriegszeit brachte es wiederum mit sich, daß die Verpflegungsaufwände nicht im Maßstab der Teuerung anstiegen, was bei den Kleinspitälern besonders gut ersichtlich ist, indem die durchschnittlichen Aufwände für Nahrungsmittel und Getränke im Jahre 1946 sogar zurückgingen. Ferner mag die Differenz zwischen der effektiven Durchschnittssteigerung und dem offiziellen Index darin beruhen, daß der letztere auf Grund der Detailpreise berechnet ist, während die Spitäler bei ihren Einkäufen meist Mi-gros- oder sogar En-gros-Preise zugestanden erhalten.

Ein weiterer Grund für das Ansteigen der Nahrungsmittelausgaben ist in den vermehrten Sozialleistungen an das Personal zu suchen, die u. a. auch in einer Verbesserung der Personalkost bestehen, was sich selbstverständlich auf die Höhe der Verpflegungsausgaben auswirkt.

Vergleicht man nun die Aufwände für Löhne, Nahrungsmittel und Getränke mit den Totalaufwänden, so stellt sich heraus, daß diese zwei Aufwandgruppen den Hauptteil ausmachen, wie die folgende Zusammenstellung deutlich zeigt:

Tab. 12. Anteil der Aufwände für Personal und Verköstigung an den Gesamtaufwänden

	1939	1948
Universitätsspitäler	64 %	65 %
Kantonsspitäler	62 %	69 %
Allgemeine Spitäler über 75 Betten	52 %	58 %
Allgemeine Spitäler unter 75 Betten	55 %	62 %

Durchwegs mehr als die Hälfte der gesamten Aufwände entfallen auf Personal- und Nahrungsausgaben. Diese Feststellung ist von wesentlicher Bedeutung im Hinblick auf die Probleme einer billigeren Betriebsführung²⁰⁾. Außerdem ist in Tabelle 12 für alle Spitalkategorien eine Erhöhung der Anteile zu verzeichnen, was den Schluß zuläßt, daß sich die Summe der Aufwandgruppen Personal und Nahrungsmittel gegenüber den Gesamtaufwänden überproportional vermehrt hat.

4. Die restlichen Aufwände

Die Entwicklung der restlichen Ausgabengruppen ist in der Beilage Nr. 8 des Anhanges am besten ersichtlich; in dieser kommen sie durch den Abstand zwischen den beiden obern Kurven, das heißt zwischen derjenigen der Ausgaben für Personal plus Nahrungsmittel und derjenigen der Totalaufwände zum Ausdruck.

Auffallend ist hier vor allem, daß sich die Beträge aller Anstaltskategorien in den entsprechenden Jahren auf ziemlich gleicher Höhe halten. Eine Abweichung nach oben haben nur die Universitätsspitäler zu verzeichnen, was auch wieder durch deren besondere Aufgaben und Struktur bedingt ist. Diese Uebereinstimmung ist erklärlich, wenn nachgeforscht wird, aus welchen Aufwandsfaktoren sich die restlichen Sammelposten zusammensetzen. Es sind solche, die entweder von der Betriebsgröße oder der Zahl der Pflgetage abhängen. Während die ersteren sich bei zunehmenden Pflgetagen vermindern, nehmen die letzteren zu, so daß, gesamthaft gesehen, eine Konstanz in Erscheinung tritt.

An erster Stelle in der Größenordnung stehen die Ausgaben für Elektrizitäts-, Wärme- und Wasserversorgung, die im Jahre 1939 pro Pflgetag ungefähr 80 Rappen ausmachten, bis 1947 aber auf ca. Fr. 1.30 anstiegen. Diese Steigerung ist hauptsächlich auf die Erhöhung der Brennstoffpreise zurückzuführen. Die Ausgaben für ärztliche Bedürfnisse erhöhten sich in der gleichen Zeit ebenfalls von 80 Rappen auf ca. Fr. 1.30, also um 62,5 %. Den nächstkleineren Faktor stellen die Aufwände für Unterhalt von Gebäuden und Mobiliar dar, über deren Höhe zwar auch Durchschnitte ausgerechnet werden könnten, die jedoch ein falsches Bild ergäben, weil in den entsprechenden Zahlen zum Teil auch Ausgaben für größere Bauarbeiten enthalten sind. Was die Zinsen und Abschreibungen anbetrifft, so ist an anderem Orte²¹⁾ am Beispiel des Kantonsspitals Zürich dargelegt worden, wie die Verhältnisse in vielen schweizerischen Spitälern liegen. Die Verzinsungs- und Abschreibungspraktiken erfolgen

²⁰⁾ Vgl. Kap. IV.

²¹⁾ Vgl. Kap. II, Abschnitt B, Ziff. 1a.

auf Grund gesetzlicher Bestimmungen und Verordnungen und sind je nach der Selbständigkeit des Betriebes grundverschieden.

Es wurde oben gezeigt, daß mehr als die Hälfte der Totalaufwände auf zwei Ausgabengruppen entfällt; der restliche Aufwand hingegen verteilt sich auf deren neun ²²⁾, so daß ein einzelner Anteil auch im Hinblick auf eine mögliche Verringerung der Aufwände nicht stark ins Gewicht fallen kann. Es darf somit angenommen werden, daß die Höhe der gesamten Aufwände im Spital weitgehend durch das Ausmaß der Personal- und Nahrungsmittelaufwände bestimmt wird.

C. Die Aufwanddeckung²³⁾

In Abschnitt B dieses Kapitels wurde gezeigt, in welcher Größenordnung sich die hauptsächlichsten Aufwände der öffentlichen Allgemeinspitäler bewegen und wie sie sich verteilen. Aufwände müssen aber irgendwie gedeckt werden und deshalb ist noch darzustellen, wer für die Ausgaben der Krankenanstalten aufkommt, oder mit andern Worten, wie sich die Einnahmen der Spitäler zusammensetzen.

Leider macht die Unvollkommenheit und mangelnde Vergleichbarkeit des statistischen Unterlagenmaterials eine ziemlich summarische Gruppierung der Einnahmen notwendig und zwar wie folgt:

1. Direkte Einnahmen: Sie umfassen die Kostgelder und zwar von Patienten wie auch von Krankenkassen, Versicherungen und Armenbehörden, sowie die Einnahmen für besondere Behandlungen und Röntgen. Diese Einnahmengruppe kann auch als Leistungen des Patienten im weitesten Sinne bezeichnet werden.
2. Leistungen der öffentlichen Hand: In dieser Rubrik figurieren die Subventionen von Bund, Kantonen und Gemeinden, sowie der zu Lasten der öffentlichen Hand fallende Anteil an allfälligen Betriebsdefiziten.

In dieser Aufstellung sind die Einnahmen aus landwirtschaftlichen Betrieben, die Vergütungen des Personals und besondere Erträgnisse ²⁴⁾ nicht inbegriffen. Diese Beträge sind im Verhältnis zu den oben gegliederten geringfügig. Sie entsprechen in der Beilage Nr. 9 des Anhanges der Differenz zwischen den beiden oberen Kurven.

²²⁾ Vgl. Beilage Nr. 5 des Anhanges.

²³⁾ Vgl. Beilage Nr. 9 des Anhanges.

²⁴⁾ Vgl. Beilage Nr. 5 des Anhanges.

1. Die direkten Einnahmen

Tab. 13. Erträge aus Kostgeldern inklusive Einnahmen für besondere Behandlungen und Röntgen in Franken pro Krankenpflegetag

	Universitäts-Spitäler	Kantons-Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1938	5.15	5.85	—	—
1939	5.16	5.97	5.87	5.62
1940	5.53	6.28	6.22	5.62
1941	5.89	6.58	6.62	6.07
1942	6.03	6.92	7.75	6.16
1943	6.19	7.15	7.24	6.57
1944	6.52	7.24	7.36	6.84
1945	6.86	7.61	7.70	7.26
1946	7.72	7.79	7.85	7.40
1947	8.02	8.63	8.71	8.18
1948	9.40	9.31	9.65	10.06

Diese Tabelle zeigt, daß die Zahlen aller Anstaltskategorien nicht sehr stark voneinander abweichen. Das bedeutet, daß es praktisch für den Patienten finanziell kaum eine Rolle spielt, in welchem öffentlichen Allgemeinspital er sich pflegen läßt. Die Nivellierung der Patientenleistung ist speziell sozialpolitisch von Bedeutung, und vor allem interessant, wenn man sich erinnert, wie stark die Aufwandziffern auseinanderklaffen. Worauf ist nun aber diese Uebereinstimmung zurückzuführen? Hier dürfte als Ursache die Leistungen der Krankenkassen, die auch auf die übrige Kostgeldgestaltung einen maßgebenden, wenn auch für die Spitäler als Betriebswirtschaften nicht immer vorteilhaften Einfluß ausüben, betrachtet werden.

In den Kriegsjahren legte die eidgenössische Preiskontrolle ihre Hand auf die Spitaltaxen, so daß diese nicht mehr den steigenden Aufwänden angepaßt werden konnten ²⁵⁾. Während die Aufwände in der Zeit von 1939—1948 um 75—129 % gestiegen sind, wurde in der gleichen Zeit auf die Kostgelder ein nach dem zahlenden Garanten abgestufter Aufschlag von nur maximal 60 % bewilligt. Wenn sich die direkten Einnahmen trotzdem mehr erhöht haben, so findet dies seinen Grund darin, daß in den genannten Zahlen auch die Erträge aus besonderen Behandlungen und Röntgen inbegriffen sind, die sich infolge vermehrter Anwendung und Erhöhung der Tarifansätze (teilweise Separierung aus Pauschal-taxen) seit der Vorkriegszeit pro Pfelegetag verdoppelt haben.

²⁵⁾ Vgl. Beilage Nr. 10 des Anhanges.

Die in den Jahren 1940, 1942 und 1947 von der eidgenössischen Preiskontrollstelle bewilligten Kostgelderhöhungen sollten sich eigentlich in den Kurven der Beilage Nr. 9 des Anhanges in der Form von Stufen abzeichnen. Wenn dies nicht oder nur sehr schwach der Fall ist, so liegt es daran, daß etliche Anstalten, resp. deren Eigentümer, die betreffenden Kantone, Bezirke und Gemeinden, aus sozialen und politischen Gründen die bewilligten Zuschläge nicht sofort oder überhaupt nicht erhoben. Die daraus resultierende Folge war ein erhöhter Defizitbetrag, der durch die öffentliche Hand gedeckt werden mußte.

Eine Kostgelderhöhung bringt aber auch noch andere Probleme mit sich, da der Patient meistens nicht allein für seine Spitalkosten aufkommt. Wie bereits erwähnt, sind in den direkten Einnahmen auch die Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen inbegriffen. Diese Institute können nun nicht ohne weiteres ihre Zahlungen erhöhen, es sei denn, sie erhöhen ihre Prämienansätze, was aus sozialen Gründen bekämpft wird. Sollen aber dennoch vermehrte Zahlungen geleistet werden, so muß auch hier der Staat einspringen und Subventionen ausrichten.

Aus den vorstehenden Ausführungen geht deutlich hervor, daß die Probleme nicht auf den einzelnen Betrieb oder auf eine Institution beschränkt werden können, sondern daß sie weitergreifen bis ins Gebiet der Politik. Wie viel der Patient für seinen Spitalaufenthalt, seine Genesung leisten soll, ist eine Ermessensfrage, worüber die Meinungen sehr stark auseinandergehen ²⁶⁾.

2. Die Leistungen der öffentlichen Hand

Ein Spital ist eine Betriebswirtschaft im Dienste der Volkswirtschaft. Wer ein Krankenhaus aufsucht, tut dies nicht freiwillig, sondern unter dem Drucke besonderer Umstände. Für die Gemeinschaft stellt die Genesung eines Kranken nicht nur ein menschlich erfreuliches Ereignis dar, es bedeutet für sie auch einen wirtschaftlichen Vorteil. Aus diesen Gründen hilft die Gemeinschaft dem Kranken. Sie baut nicht nur Spitäler, sondern subventioniert auch deren Betrieb, um die vom Patienten zu tragenden Kosten in einem einigermaßen erträglichen Rahmen zu halten.

Wie groß sind nun die Zuschüsse der öffentlichen Hand? Die Zahlen der Tabelle 14 umfassen Subventionen des Bundes, die dieser für Tuberkulosekranke ausrichtet, sowie sämtliche Zuschüsse von Kantonen und Gemeinden in der Form von Subventionen, wie auch jede Form der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand.

²⁶⁾ Vgl. hiezu Kap. II, Abschnitt B, Ziff. 1b.

*Tab. 14. Leistungen der öffentlichen Hand in Franken
pro Krankenpflegetag*

	Universitäts- Spitäler	Kantons- Spitäler	Allgemeine Spitäler über 75 Betten	Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
1938	3.90	3.14	—	—
1939	4.19	3.27	1.42	1.02
1940	4.25	2.82	1.46	1.08
1941	4.37	2.80	1.71	1.19
1942	4.82	3.14	1.60	1.36
1943	5.02	3.79	1.41	1.44
1944	5.48	3.71	1.64	1.73
1945	5.95	4.26	1.86	2.05
1946	8.93	5.40	2.17	1.81
1947	11.29	6.86	2.26	2.51
1948	12.72	8.28	2.43	3.08

Allgemein kann hiezu festgestellt werden, daß diese Beträge geringer sind als diejenigen der direkten Einnahmen. Eine Sonderstellung nehmen nur die Universitätsspitäler ein, bei welchen der Anteil der öffentlichen Hand in den letzten drei Jahren die direkten Einnahmen übersteigt. Dies ist jedoch bloß eine besonders starke Auswirkung der Tendenz, die generell für alle Anstalten festgestellt werden kann und die sich in einer gewaltigen Steigerung der öffentlichen Beiträge in den letzten Jahren offenbart. Ihre Ursache ist in der eminenten Aufwandsvermehrung zu suchen, der keine entsprechend erhöhten direkten Einnahmen gegenüberstehen.

Aus Tabelle 13 geht hervor, daß die direkten Einnahmen aller Spitäler annähernd gleich groß sind. Demzufolge hängt der von der öffentlichen Hand zu leistende Beitrag von den Gesamtaufwänden des betreffenden Betriebes direkt ab. Daß diese Schlußfolgerung richtig ist, beweist Tabelle 15:

Tab. 15. Der prozentuale Anteil der direkten Einnahmen und öffentlichen Zuschüssen an den Gesamtaufwänden

	Direkte Einnahmen		Leistungen der öffentlichen Hand	
	1939	1948	1939	1948
Universitätsspitäler	51 %	40 %	41 %	55 %
Kantonsspitäler	64 %	51 %	35 %	45 %
Allgemeine Spitäler über 75 Betten	76 %	73 %	18 %	18 %
Allgemeine Spitäler unter 75 Betten	78 %	72 %	14 %	22 %

Diese Aufstellung zeigt klar, daß die Beiträge der öffentlichen Hand nicht nur nach Maßgabe der Teuerung, das heißt der Aufwandsver-

mehrung stiegen, sondern daß darüber hinaus auch ihr prozentualer Anteil am Gesamtaufwand zugenommen hat, während sich der auf die direkten Einnahmen entfallende Teil verringerte. Das bedeutet, daß sich die Leistungen der öffentlichen Hand zur Gesamtaufwandsteigerung überproportional vermehrt haben. Diese Erhöhung ist bedingt durch das unterproportionale Ansteigen der direkten Einnahmen, oder anders ausgedrückt: Wenn die direkten Einnahmen den gestiegenen Aufwänden entsprechend hätten erhöht werden können, so wäre der von der öffentlichen Hand zu tragende Anteil nicht stärker, sondern in gleichem Maße wie die Gesamtaufwände gestiegen. Der Anteil an diesen wäre somit prozentual ungefähr gleich geblieben.

Ueber das Ausmaß der absoluten Aufwendungen der öffentlichen Hand lassen sich der schweizerischen Krankenhausstatistik folgende Zahlen entnehmen: Im Jahre 1948 wurden an 112 Allgemeinspitäler durch die Oeffentlichkeit insgesamt 26,2 Millionen Franken ausgerichtet. Von diesen entfielen allein 14,7 Millionen auf die vier Universitätsspitäler Zürich, Basel, Bern und Lausanne. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in diesen Summen die mittelbaren Aufwendungen des Staates für die Spitäler nicht inbegriffen sind, nämlich die über die Staatsrechnung verbuchten Teuerungszulagen, Bauaufwände sowie Zinsen und Abschreibungen des Anlagekapitals staatlicher Spitäler, die Staatsbeiträge an die Krankenkassen, Versicherungsanstalten, Schwesternschulen und andere Institute, die indirekt dem Spitalzweck dienen. Die genauen Beträge dieser staatlichen Aufwände lassen sich leider nicht feststellen, da sie in den Staatsrechnungen unter den verschiedensten Departementen figurieren und sehr oft nicht einmal besonders bezeichnet sind, sondern einfach einen Bestandteil irgend eines Sammelpostens bilden. Es ist deshalb in Rechnung zu stellen, daß die effektiven Leistungen der öffentlichen Hand weit größer sind, als in obigen Zahlen zum Ausdruck kommt.

Vom betriebswirtschaftlichen Standpunkt ist diese Verschleierungstaktik nicht zu begrüßen, da sie einerseits eine klare Kostenrechnung verunmöglicht und anderseits das wirtschaftliche Verantwortungsbewußtsein der statlichen und betrieblichen Organe sicher nicht fördert. Ferner bedeutet es eine Benachteiligung der privaten Spitäler, die auch einen Teil der öffentlichen Aufgaben übernehmen und mit den vollen Betriebskosten zu rechnen haben.

Neue Wege

Im vorhergehenden Kapitel wurde festgestellt, daß die Einnahmen nicht im Ausmaß der vermehrten Aufwände erhöht werden konnten, was in immer größeren Betriebsdefiziten zum Ausdruck kommt. Diese Defizite sind jedoch betriebswirtschaftlich gesehen eine bedenkliche Erscheinung und stellen zudem vielerorts eine nicht geringe Belastung des Staatshaushaltes dar, so daß auch von Seiten des Souveräns der Ruf laut wird nach einer besseren Angleichung der Einnahmen und Betriebskosten. Zu deren Realisierung und zur Verhinderung, resp. Verminderung von Fehlbeträgen stehen verschiedene Wege offen:

A. Innerbetriebliche Maßnahmen zur Erreichung höchster Wirtschaftlichkeit:

1. Ausbau des Rechnungswesens,
2. Rationalisierung des Betriebes.

B. Außerbetriebliche Maßnahmen:

3. Neuordnung des Krankenhauswesens,
4. Neuordnung der laufenden Finanzierung.

Diese Maßnahmen sind nicht alternativer Art; sie lassen sich koordinieren und gewähren dadurch einen höheren Wirkungsgrad. Was unter den erwähnten Begriffen im einzelnen zu verstehen ist, sei nachfolgend kurz beleuchtet.

1. Ausbau des Rechnungswesens

Infolge des ursprünglichen Charakters der Spitäler als charitative Institutionen kam ihrem Rechnungswesen bis in die neueste Zeit nur untergeordnete Bedeutung zu. Selbst die Umwandlung der Krankenhäuser in medizinische Gesundheitszentren räumte dem kaufmännischen Rechnungswesen im Spital nicht den Platz ein, den es zur gleichen Zeit in Handel und Industrie schon lange inne hat. Erst die Entwicklung der eigentlichen Betriebswirtschaftslehre als rationale Wissenschaft und die Erkenntnis der Wirkung innerbetrieblicher Organisation, des wirtschaftlichsten Einsatzes der Produktionsmittel auf das Betriebsergebnis ließ auch das Rechnungswesen im Spital an Bedeutung gewinnen. Wenn man sich aber vergegenwärtigt, daß bis in die dreißiger Jahre hinein Handbücher über den Betrieb von Krankenhäusern erschienen, in welchen das Rechnungswesen als eine Aufzeichnung der Einnahmen und Ausgaben dargestellt ist und die Ausgaben außerdem den Kosten gleichgesetzt wer-

den ¹⁾, so kann man sich nicht wundern, daß die Praxis heute erst in einer Periode des Umbruchs steht.

Mit der eidgenössischen Krankenhausstatistik und dem einheitlichen Kontenplan ist eine erste Verbesserung erreicht worden. Aber noch entspricht das heutige Rechnungswesen der Spitäler nicht den Anforderungen einer modernen Betriebswirtschaft. Vor allen Dingen läßt die Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserstellung sehr zu wünschen übrig, führen doch von sämtlichen öffentlichen Allgemeinspitälern der Schweiz — besseres Wissen vorbehalten — nur deren zwei ²⁾ eine Kostenstellenrechnung. Zwar wurde im Jahre 1944 aus Mitgliederkreisen der VESKA angeregt, die Konten der Betriebsrechnung in der Krankenhausbuchhaltung nach Kostenstellen neu zu gliedern ³⁾, das heißt, die Betriebsabrechnung kontenmäßig in die Buchführung einzubauen. Diesem Vorschlag wurde aber nicht zu Unrecht entgegengehalten, daß dadurch die Buchführung wesentlich kompliziert würde und zudem die Kosten innerhalb einer Kostenstelle auch nach Arten gegliedert seien, weshalb der einfachere Weg dahin gehe, die Erfassung der Aufwände nach Arten gemäß der bisherigen Praxis zu belassen und die Kostenstellen mit Hilfe des tabellarischen Betriebsabrechnungsbogens periodisch zu ermitteln.

Wenn nun aber überhaupt keine Betriebsabrechnung aufgestellt wird, so kommt dies einer groben Mißachtung des Prinzips größtmöglicher Wirtschaftlichkeit gleich. Gewiß kann ein Spital auch in diesen Belangen nicht mit einer andern Betriebswirtschaft ohne weiteres verglichen werden und es stehen oft einer Beseitigung entdeckter Verlustquellen rechtliche, medizinische, sozialpolitische, volkswirtschaftliche oder ethische Determinanten im Wege, was jedoch die Betriebsleitung keineswegs berechtigt, auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung überhaupt zu verzichten.

Es sei deshalb hier versucht, darzustellen, wie ein Betriebsabrechnungsbogen auf der Grundlage der heutigen Kontierung der Spitalbuchhaltung aussehen könnte. Die Gruppierung der Aufwände in der Buchhaltung ist zwar leider für diesen Zweck nicht gerade vorteilhaft und erfordert, wie sich zeigen wird, einige Hilfsrechnungen. Um unser Beispiel allgemein gültig zu gestalten und um nicht Besonderheiten eines einzelnen Betriebes mitberücksichtigen zu müssen, werden an Stelle von absoluten

¹⁾ Pütter: Einrichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser, Leipzig 1926, S. 49.

Grober: Das deutsche Krankenhaus, Jena 1932, S. 878.

In dem entsprechenden Artikel von Memelsdorff wird zwar auf die Selbstkostenrechnung hingewiesen; eine grundsätzliche Trennung von Aufwand und Kosten fehlt jedoch.

²⁾ Bürgerspital Basel und Krankenhaus Wädenswil. Im Bürgerspital in tabellarischer Form, in Wädenswil in die Buchhaltung eingebaut.

³⁾ VESKA-Zeitschrift 1944, S. 115.

Zahlen Symbole verwendet ⁴⁾). Für die Betriebsabrechnung werden sechs Hauptkostenstellen gewählt, die sich aus der funktionellen Gliederung des Spitals ergeben ⁵⁾): Verwaltung, ärztlicher Dienst, Krankenpflege, Verköstigung, Beherbergung und Hilfsdienste. Als Neben- und allgemeine Kostenstellen sind Gebäude, Heizung, Wäscherei, Röntgen und Labor, und in Anbetracht der großen Aufwände für Personal je eine Kostenstelle für Verpflegung und Beherbergung des Personals erfaßt. Diese erlangen eine besondere Bedeutung für Anstalten, die Bruttolöhne ausweisen und mit Hilfe der Betriebsabrechnung die effektiven Kosten der Verpflegung und Beherbergung des Personals ermitteln und diesem anrechnen können ⁶⁾).

Das technische Hilfsmittel der Betriebsabrechnung, der Betriebsabrechnungsbogen, enthält links die Bezeichnung der Kostenarten (Spalte b), wie sich diese aus der Gliederung der Buchführungskonten ergeben ⁷⁾). Da der Kontenplan der Spitalbuchhaltung in seiner heutigen Form die direkten Kosten nicht von den Gemeinkosten scheidet, sei auch in unserm Beispiel auf eine solche Trennung verzichtet, um voraussetzungsgemäß auf die bestehende Buchführung aufzubauen. In der nach rechts anschließenden Spalte c werden die Betriebsaufwände, wie sie sich aus der Buchführung ergeben, und in der Spalte e die effektiven Kosten eingetragen. Weiter nach rechts schließen die Spalten der Kostenstellen an, auf welche die gesamthaft erfaßten Kosten nach ihrer Verursachung zu verteilen sind.

Zur Verteilung der Personalausgaben und Sozialleistungen (Zeile 1 und 2) ist es zweckmäßig, schon während der Rechnungsperiode die Lohn- und Gehaltsabrechnung nach Kostenstellen zu gruppieren. Sie wird dadurch zu einer Hilfsrechnung der Betriebsabrechnung und erspart beim Abschluß derselben mühsame und zeitraubende Umrechnungen. Die Verteilung der folgenden vier Kostenarten (Zeile 3—6) bietet keine besonderen Schwierigkeiten, handelt es sich doch zum Teil um direkte Kosten.

Nicht ganz so einfach liegen die Dinge bei den Kosten der Elektrizitäts-, Wärme- und Wasserversorgung. Für die Erfassung der Kraftstromkosten ist der Einbau von Zwischenzählern für jede verbrauchende Kostenstelle nötig. Beim Boilerstrom wird diese Methode in der Regel nicht durchführbar sein, da ein Boiler meistens an mehrere Kostenstellen Heißwasser abgibt. Sofern man sich hier nicht zur Anschaffung von Warmwasserzählern, die eine straffe Ueberwachung des Verbrauchs gestatten, entschließen kann, muß man sich mit einer schätzungsweisen Schlüsselung begnügen. Ebenfalls nach einem Schlüssel, der teilweise berechnet und teilweise geschätzt ist, werden Lichtstrom und Wasserzins auf die Kostenstellen verteilt. Zur schätzungsweisen Schlüsselung allgemein ist zu sagen, daß sie immer eine etwas problematische Sache sein wird. Man muß sich aber darüber klar sein, daß auch ein berechneter Schlüssel niemals ganz genau dem effektiven Verbrauch entspricht, daß

⁴⁾ Die Verwendung von Zahlen wäre zudem nicht gut möglich, weil die notwendigen Hilfsrechnungen fehlen und eine mutmaßliche Kostenverteilung den Wert der Betriebsabrechnung illusorisch machen würde.

⁵⁾ Vgl. Kap. II.

⁶⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt B, Ziff. 2.

⁷⁾ Der besseren Uebersicht wegen sind nur die einzelnen Gruppen aufgeführt. Detaillierte Gliederung vgl. Beilage Nr. 5 des Anhanges.

a	Kostenarten b	Betrag der Buchführung c	Berichtigung + oder - d	e Kosten	Kostenstellen											
					I Gebäude	II Heizung	III Wasche- rei	VI Röntgen	V Pers. Ver- pflung	VI Pers. Be- herberg.	VII Ver- waltung	VIII Arztl. Dienst	XI Kranken- pflege	X Verkösti- gung	IX Beher- gung	XII Hilfs- dienste
1	Personal-Ausgaben	A		K	—	K	K	K	—	K	K	K	K	K	K	K
2	Sozialleistungen	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Allgemeine Verwaltungskosten	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Nahrungsmittel und Getränke	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Arzliche Bedürfnisse	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Röntgen und andere Institute	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Elektrische Wärme und Wasser	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Unterhalt des Inventars	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Unterhalt der Gebäude	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Übrige Betriebskosten	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Waschmittel	A	+K ÷ K +K ÷ K	K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Zinsendienst	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Abschreibungen	A		K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14		A	+K ÷ K +K ÷ K	K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	VERRECHNUNGEN															
16	Heizung Personalräume				÷ K	÷ K	—	K	K	K	K	K	K	÷ K	K	K
17	Wäsche Personal				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Küchenanteil Personal-Verpfl.				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	UMLAGE															
20	Gebäude				÷ K	÷ K	—	K	K	K	K	K	K	÷ K	K	K
21	Heizung				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	Wäscherei				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Röntgen				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	Personal-Verpflegung				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Personal-Beherbergung				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gesamtkosten	A	+K ÷ K	K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

jedoch dieser Umstand den Wert der Betriebsabrechnung zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung keineswegs beeinträchtigt.

Die Kosten für den Unterhalt des Inventars (Zeile 8) umfassen solche für Mobiliar, Geschirr, Wäsche etc. und sind an Hand der Einkaufs- und Lagerkontrolle leicht auf die Kostenstellen zu verteilen. Die Rubrik Gebäudeunterhalt (Zeile 9) schließt neben den Ausgaben für Instandstellung, deren Zuweisung auf die entsprechenden Kostenstellen ohne weiteres möglich ist, auch die Kosten des Reinigungsmaterials in sich, die ebenfalls mittels der Ausgangskontrolle des Lagers verteilt werden.

Die übrigen Betriebskosten inkl. Waschmittel (Zeile 10 und 11) sind vielfach direkte Kosten, deren Uebertragung keine besonderen Schwierigkeiten macht.

Bei den Zinsen und Abschreibungen (Zeile 12 und 13) sind in der Regel Berichtigungen vorzunehmen, da die bilanzmäßigen Größen nicht in die Betriebsabrechnung übernommen werden können. Hier müssen kalkulatorische Größen eingesetzt werden: Zinsen, die sich auf das ganze zur Leistungserstellung eingesetzte Betriebs- und Anlagevermögen beziehen, also auch solche, die direkt über die Staatsrechnung abgeschrieben werden, und Abschreibungen, die so weit als möglich der tatsächlichen Entwertung der Anlagen entsprechen und deshalb auf der Basis der voraussichtlichen Nutzungsdauer errechnet werden.

Sind auf diese Weise alle Kosten verteilt, so werden die Beträge jeder Spalte addiert. Das Uebereinstimmen der Quersumme aller Kostenstellen mit dem Total der Spalte e bestätigt den Ausschluß von Rechnungsfehlern. Durch die anschließende Kostenverrechnung werden Kosten für interne Leistungen von den leistenden Kostenstellen auf die diese beanspruchenden Stellen umgelegt, in unserem Beispiel die Heizung der Personalräume, die Wäsche des Personals und der Anteil der Personalverpflegung an den Küchenkosten. Für die Verteilung der Heizkosten (vgl. auch Zeile 20) kann man auf die Heizfläche oder den Rauminhalt unter Berücksichtigung der Heizintensität abstellen oder spezielle Meßinstrumente (z. B. ATA-Zähler) verwenden. Die Wäschereikosten werden nach dem Trockengewicht der Wäsche verrechnet, wobei die Wäschereikontrolle über die entsprechenden Mengen Aufschluß gibt. Der Küchenanteil der Personalverpflegung errechnet sich an Hand der Verpflegungstage des Personals, wobei allerdings berücksichtigt werden muß, daß die Personalverpflegung einen geringeren Aufwand erfordert als die Verköstigung der Patienten, so daß ein diesbezüglicher Abzug angebracht ist. Periodische, kurzfristige Berechnungen der Aufwände für Nahrungsmittel und Getränke der Personalverpflegung können hier von Nutzen sein. Die neuerliche Addition der Spalten ergibt nun die bereinigten Totalkosten der einzelnen Kostenstellen (Zeile 18).

In der darauffolgenden Kostenumlage werden die Kosten der Neben- und Hilfsstellen auf die Hauptkostenstellen umgelegt. Die Gebäudekosten werden nach angenommenem Mietsatz oder nach Rauminhalt verrechnet. Der Umlagemodus der Heizungskosten wurde oben dargestellt. Die Röntgenkosten werden dem ärztlichen Dienst belastet. Der Schlüssel für die Umlage der Kosten für Personalverpflegung und Beherbergung ergibt sich wiederum aus der Lohn- und Gehaltsabrechnung, deren Gestaltung bereits besprochen wurde. Durch abermalige Addition der Spalten gehen daraufhin die Gesamtkosten der Endkostenstellen hervor, die sich mit den Leistungsgruppen (vgl. Kap. II) decken.

Eine Betriebsabrechnung zwingt die Spitalleitung, nicht nur mit Ausgaben und Aufwänden, sondern auch mit Kosten zu rechnen. Sie bietet die Möglichkeit, ein genaues Budget aufzustellen unter dem Grundsatz größter Wirtschaftlichkeit⁸⁾ und gibt Aufschluß über die Zweckmäßigkeit von Einrichtungen, innerbetrieblicher Organisation und Methoden zur Leistungserstellung. Von den Spitalpraktikern werden diese Möglichkeiten zwar durchaus anerkannt, sie weisen jedoch — zum Teil mit Recht — darauf hin, daß ihnen die Erkenntnisse aus der Betriebsabrechnung nichts nützen, weil es nicht in ihrer Hand liege, die notwendige Abhilfe zu schaffen. Sie seien an Gesetze gebunden, hätten medizinisch begründete Ansprüche zu erfüllen und erachten dort, wo ihnen freie Hand gegeben ist, den Aufwand für all die Kontrollen größer als den daraus resultierenden Nutzen.

Diesen Argumenten ist folgendes entgegenzuhalten: Gesetzliche Vorschriften müssen eingehalten werden und sind von der Betriebsseite her kaum zu beeinflussen. In allen übrigen Teilen jedoch kann Remedur geschaffen werden, wenn die nötigen Kontroll- und Beweiszahlen vorliegen. Ohne diese jedoch wird keine wirtschaftliche Maßnahme ernst genommen. Sodann ist darauf hinzuweisen, daß allein das Vorhandensein einer Kontrolle auf die Verbrauchsstellen eine psychologische Wirkung ausübt, die ein wirtschaftliches Verhalten fördert. Aus den Ergebnissen der Betriebsabrechnung kann sich aber auch die Frage aufdrängen, ob die innerbetriebliche Organisation wirklich allen Anforderungen entspricht oder ob sich nicht durch eine Neuordnung ein wirtschaftlicherer Einsatz der persönlichen und sächlichen Hilfsmittel zur Leistungserstellung erreichen läßt.

2. Rationalisierung des Betriebes

Der Begriff Rationalisierung ist zum Schlagwort der Zeit geworden; die Lehren von Fayol und Taylor feiern Triumphe, ungeachtet ihrer Nachteile, die im Spital viel stärker ins Gewicht fallen als in einem Produktionsbetrieb. Die Rationalisierung endet im Krankenhaus dort, wo das Persönliche beginnt. Das Empfinden, Tun und Lassen des Menschen ist nicht berechenbar. Wenn man berücksichtigt, wie weit der Schweizer den Begriff der persönlichen Sphäre faßt, so ist verständlich, daß ein Spital, dem das Lebewesen Mensch anvertraut ist, sehr vorsichtig sein muß, um nicht das Selbstbewußtseinsgefühl des Patienten zu vermindern oder gar zu unterdrücken. Der Patient braucht zu seiner Heilung einen

⁸⁾ In der Praxis wird hie und da auch umgekehrt verfahren. In dem von der vorgesetzten Behörde zu genehmigenden Budget werden möglichst hohe Aufwände eingesetzt, um nach Abschluß der Rechnungsperiode eventuell einen geringeren als den budgetierten Fehlbetrag ausweisen zu können.

starken Glauben an sein eigenes Ich. Aber nicht nur gegenüber dem Kranken gilt diese Vorsicht. Sie ist von ebensogroßer Bedeutung für alle Funktionäre des Spitals, die durch den Einsatz ihrer Persönlichkeit, ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse zur Erfüllung der großen Aufgabe, des «ideal of service», beitragen. Wohl in keiner Industrie ist die Aufgabe eine derart individuelle ⁹⁾ wie im Krankenhaus; wohl nirgends existieren so viele Methoden zur Erreichung eines Endzieles wie im Spital.

Diese Umstände setzen der Rationalisierung und Arbeitsteilung im Spital Grenzen. Speziell die Standardisierung ist auf Material, auf Hilfsmittel beschränkt und endet überall dort, wo sie die individuelle Sphäre tangiert. Eine Normung darf nur Mittel zum Zweck, niemals aber Selbstzweck sein. Nicht der Tätige hat sich an das Werkzeug und nicht der Kranke an die Mittel zur Leistungserstellung anzupassen, sondern umgekehrt.

Trotz diesen vielfachen Einschränkungen dürfen Rationalisierungsmaßnahmen im Spital nicht a priori abgelehnt werden. «Methods designed to eliminate waste whether of effort or material» — wie die Rationalisierung an der World Economic Conference 1927 definiert wurde — können auch im Krankenhaus fruchtbaren Boden finden. Zwar wird der öffentliche Spitalbetrieb nicht durch den Konkurrenzkampf zur Anwendung solcher Methoden veranlaßt wie die Privatindustrie; im Gegenteil, der den Spitälern eigene Traditionalismus wirkt jeder, selbst einer evolutionären Reform entgegen. Rationalisierungsmöglichkeiten sind aber vorhanden und sie werden, wenn auch nicht bis zur letzten Konsequenz, doch im Rahmen des für schweizerische Verhältnisse Tragbaren in den Spitälern sukzessive ausgenützt.

Als erstes Ergebnis der Standardisierungsbestrebungen im schweizerischen Spitalwesen konnte im Jahre 1933 durch enge Zusammenarbeit der VESKA mit einigen Verbandstofffabriken die Aufstellung von Verbandstoffnormen verzeichnet werden, denen bald auch solche für Verbandswatte folgten. Durch den Erfolg angeregt, wurden drei Jahre später versuchsweise je zwei Standardtypen von Gläser- und Tellertüchern geschaffen. Auch dieser Versuch bewährte sich, so daß die Wäschennormierung weiter ausgebaut und auch Bettwäsche und Handtücher mit einbezogen wurden. Aus dem Bedürfnis nach wirklich zweckmäßigem Krankenhausmobiliar wurden sodann die Möglichkeiten einer Normierung desselben geprüft und schon im Jahre 1936 waren die an der Normierung beteiligten Firmen in der Lage, einen ersten Standard-Typ eines Krankenzimmers zu liefern. Das Standardmobiliarsortiment wurde daraufhin

⁹⁾ Wenn 1000 Patienten jährlich ein Spital aufsuchen, so bedeutet dies, daß 1000 individuelle Leistungen zu erbringen sind, von denen keine mit einer andern identisch ist.

fortlaufend erweitert, bis durch die Auswirkungen des zweiten Weltkrieges neue Probleme auftauchten wie Beschaffung von Rohstoffen, Nahrungsmitteln, ärztlichen Gebrauchsgütern, Brennstoffen etc., durch die das Normungswesen in den Hintergrund gerückt wurde. Man versuchte zwar, das Erreichte wo auch immer möglich zu halten, jedoch waren Änderungen der Qualitätsnormen nicht zu vermeiden.

Neben diesen von der VESKA ausgehenden Standardisierungsbestrebungen, zu denen auch die an anderer Stelle ¹⁰⁾ besprochene Vereinheitlichung des Rechnungswesens gehört, sind auch Rationalisierungsmöglichkeiten im einzelnen Betrieb zu erwähnen. In diesem Zusammenhang ist der Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens zu nennen, der ebenfalls bereits an anderer Stelle ¹¹⁾ ausführlich dargestellt wurde und der die erste Voraussetzung für eine Wirtschaftlichkeitskontrolle bildet. Ein fruchtbarer Boden für die Normierung sind ferner sämtliche Geschirre des täglichen Gebrauchs. Dieser Tatsache haben die schweizerischen Spitäler schon mit Rücksicht auf die enormen Vorteile bei der Handhabung und Reinigung weitgehend Rechnung getragen. Was die Standardisierung von chirurgischen Instrumenten betrifft, so ist festzustellen, daß in der Schweiz im großen und ganzen darauf verzichtet wurde im Hinblick auf die reichhaltige Assortierung dieser Artikel durch die Fabrikanten. Die Frage der Medikamente ist für den Nichtmediziner außerordentlich schwierig zu beurteilen. Hier hat sich die chemisch-pharmazeutische Industrie der Standardisation bemächtigt und die persönlichen Rezeptierungen weitgehend in den Hintergrund gedrängt. Dabei muß die gewaltige Forschungsarbeit, welche diese Industrien geleistet haben, anerkannt werden, obschon die Medikamentenpreise eher nach monopolistischen Gesichtspunkten festgesetzt zu werden scheinen.

Die Möglichkeiten der Mechanisierung sind im Spital, das zur Hauptsache persönliche Dienstleistungen zu erbringen hat, wesentlich beschränkt. Die hohen Lohnkosten erheischen jedoch eine Verwendung von Maschinen, soweit dies möglich ist. Hierbei kommen vor allem jene Leistungen in Betracht, die als solche höheren Grades ¹²⁾ bezeichnet werden. Voraussetzung ist jedoch, daß die Qualität der Leistung durch die Mechanisierung in keiner Hinsicht verringert wird.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß hinsichtlich der Rationalisierungsmaßnahmen im Spital keine grundlegenden Regeln aufgestellt werden können wie dies vielleicht für einen Produktionsbetrieb möglich ist. Die Verhältnisse sind vielmehr einzeln zu untersuchen, wobei besondere Umstände, die sich aus der Art des Spitals, seiner Aufgabe und besonders

¹⁰⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt A, sowie Beilage Nr. 5 des Anhanges.

¹¹⁾ Vgl. Kap. IV, Ziff. 1.

¹²⁾ Vgl. Anmerkung Kap. II, Abschnitt C.

der rechtlichen Stellung sowie aus dem Verhalten und Empfinden der Patienten ergeben, mitzuberücksichtigen sind.

3. Neuordnung des Krankenhauswesens

Die in Kapitel III dargestellten Aufwände sind sehr summarisch nach Arten gegliedert. Sie zeigen trotzdem in ihrer Zusammensetzung und im Vergleich zu den Einnahmen deutlich, daß eine Eliminierung der Rechnungsfehlbeträge kaum durch eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit allein verwirklicht werden kann ¹³⁾. Deshalb gehen die Bestrebungen neuerdings dahin, eine Art zwischenbetrieblicher Arbeitsteilung herbeizuführen. Die Ueberalterung der Bevölkerung bringt es mit sich, daß die Allgemeinspitäler von vielen Kranken höheren Alters aufgesucht werden, die an chronischen Krankheiten leiden, aber einer ärztlichen Behandlung nur in geringem Maße bedürfen. Neben diesen Chronischkranken sind es aber auch Leichtkranke und Rekonvaleszente, welche einerseits nur einen Teil derjenigen Leistungen empfangen, die das Spital zu erbringen imstande wäre, anderseits jedoch räumlich und personell die Pflegeeinheit in gleicher Weise wie Schwerkranke und Operierte belasten. Dadurch kann die Betriebskapazität nicht ausgenützt werden und es ergibt sich eine Verteuerung der Krankenhausleistung als Ganzes.

Um diesem Umstand abzuhelpen, ist von verschiedenen Autoren ¹⁴⁾ auf die Möglichkeit hingewiesen worden, die Spitäler funktionell zu trennen nach Maßgabe der Krankheitsdauer ihrer Klienten und unter Berücksichtigung der Krankheitsart. *Alter* schlägt hiebei eine klare Unterscheidung der Spitäler in solche erster, zweiter und dritter Ordnung vor ¹⁵⁾ und sieht in der Anstalt erster Ordnung das allgemeine Krankenhaus, das «Gesundheitsinventuren zu besorgen, der Verhütung vermeidbarer Gesundheitsstörungen zu dienen, schwierige und belangreiche Diagnosen zu gewährleisten und die Heilung rasch heilbarer Krankheiten durchzuführen» hätte ¹⁶⁾. Die Verpflegungsdauer wäre in solchen Spitälern beschränkt und diejenigen Patienten, die innerhalb der maximalen Frist (zum Beispiel drei Wochen) nicht heilbar sind, würden so frühzeitig als möglich in ein Krankenhaus zweiter Ordnung verlegt, in ein Genesungsheim.

Die Spitäler zweiter Ordnung wiederum gliedern sich in zwei Gruppen:

1. Behandlungshäuser für langwierige Krankheiten, die eine dauernde Behandlung erfordern, und

¹³⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt B.

¹⁴⁾ *Alter*, Grober, Pütter, Weinstock u. a.

¹⁵⁾ *Alter*, a. a. O., S. 6.

¹⁶⁾ *Alter*, a. a. O., S. 6.

2. Kurhäuser zur Nachbehandlung akuter und chronischer Krankheiten.

Wäre die Unheilbarkeit eines Kranken festgestellt, so würde er — nach Alter — in eine der Anstalten dritter Ordnung eingewiesen, die den Charakter von Versorgungshäusern hätten.

Diese Ordnung der Spitäler scheint eine Vielzahl verschiedener Krankenhaustypen notwendig zu machen. Dem ist aber nur teilweise so, denn erstens sind die Einrichtungen größtenteils schon vorhanden und es stellt sich nur das Problem der Neuorganisierung. Zweitens schließt diese funktionelle Teilung nicht aus, daß die Anstalten der drei Ordnungen miteinander in einer Areal-, Verwaltungs- und Wirtschaftsgemeinschaft zusammengefaßt werden. Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß gerade in der Schweiz durch die vielen Kleinspitäler sehr günstige Voraussetzungen vorhanden sind, um eine solche Ordnung zu verwirklichen ¹⁷⁾. Die mit modernsten Einrichtungen ausgerüsteten Großspitäler könnten die Aufgaben der Krankenhäuser erster Ordnung übernehmen, während die kleineren Anstalten ihre Funktion als Spitäler zweiter Ordnung ausgezeichnet zu erfüllen vermöchten. Die dadurch vergrößerten Einzugsgebiete der Spitäler erster Ordnung und somit auch die längeren Transportwege wären nicht von gravierender Bedeutung, betrachtet doch Grober ¹⁸⁾ einen zweistündigen Krankentransport per Auto (ca. 100 km) als vom technischen wie auch medizinischen Standpunkt durchaus möglich.

Gegen diese Lösung spricht im Grunde nur die Mentalität der Bevölkerung. Die Angehörigen des Patienten möchten diesen besuchen und allein die Nähe des Krankenhausstandortes beim Wohnort des Kranken erweckt bei diesem und in der Regel noch viel mehr bei den Angehörigen ein beruhigendes Gefühl. Andererseits ist hier festzustellen, daß heute schon Schwerkranke nach oft weit entfernten, besonders gut eingerichteten oder mit besonders hervorragenden Aerzten versehenen Spitälern befördert werden. Es dürfte somit allgemein einer raschen und sicheren Heilung des Patienten gegenüber der nahen Verbindung zu dessen Heim der Vorrang gegeben werden, ohne den psychologischen Wert dieser Verbindung schmälern zu wollen.

4. Neuordnung der laufenden Finanzierung

Wenn ein Spital seine Kosten bis auf die unterste Grenze gesenkt hat und die Kostgeldeinnahmen noch immer nicht zur Deckung der Aufwände ausreichen ¹⁹⁾, so muß die öffentliche Hand zur finanziellen

¹⁷⁾ Hemmend wirken allein die eigentumsrechtlichen und staatsrechtlichen Verhältnisse unseres Bundesstaates.

¹⁸⁾ Grober, a. a. O., S. 5.

¹⁹⁾ Vgl. Kap. III, Abschnitt C.

Stützung beitragen, soll die im Allgemeininteresse liegende Existenz des Krankenhauses nicht gefährdet werden. Es stellt sich nun die Frage, in welcher Form diese Hilfe den Spitälern zuteil werden soll, ob

1. unmittelbar durch Defizitdeckung,
2. durch Subventionen in der Form eines fixen Zuschußbetrages,
3. durch feste Beträge pro Pfl egetag, oder
4. durch Beiträge nach irgend einem Modus an die Patienten.

Der erste Weg ist unbestritten der einfachste. Die Betriebe erhalten am Ende der Rechnungsperiode aus der Staats- oder Gemeindekasse den Fehlbetrag der Betriebsrechnung überwiesen und sind in ihrem Bestehen wieder für ein weiteres Jahr gesichert. Es liegt jedoch auf der Hand, daß damit eine zielbewußte und wirtschaftliche Betriebspolitik nicht sehr gefördert wird. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, daß das Verantwortungsbewußtsein der Betriebsleitung abgestumpft wird und sich das Interesse an der wirtschaftlichsten Leistungserstellung verringert.

Etwas besser wirkt sich in dieser Hinsicht die zweite Lösung aus. Die Fixierung des staatlichen oder kommunalen Beitrages bringt eine obere Ausgabengrenze mit sich, welche der Betriebsleitung einen bestimmten Rahmen aufzwingt. Andererseits liegt der große Nachteil dieses Systems gerade in seiner Starrheit. Da sich die Aufwände mit zunehmender Zahl von Pfl egetagen erhöhen, wirkt sich ein fixer Beitrag der öffentlichen Hand nicht immer gleich aus und ist für das Spital am vorteilhaftesten, wenn es weniger Pfl egetage zu verzeichnen hatte.

Diesen Nachteil sucht die dritte Variante dadurch wettzumachen, daß die Subvention nicht als ein fester Beitrag pro Rechnungsperiode, sondern als ein solcher pro Patient und Tag überwiesen wird. Die Spitalleitung sieht sich aber auch damit nicht in die Lage versetzt, unter Ausschluß der «Marktfaktoren» genau kalkulieren zu können, denn es ist wenig wahrscheinlich, daß die Zahl der Pfl egetage in der folgenden Rechnungsperiode gleich bleibt ²⁰⁾.

Die vierte Möglichkeit besteht darin, daß die Spitalleistungen voll von einer Seite entgolten werden, sei es durch den Leistungsempfänger, den Patienten, oder unmittelbar durch den Staat. Im ersten Falle würde der Staat an die Kosten des Krankenhausaufenthaltes einen Beitrag ausrichten. Dieser wäre an den Patienten auszuzahlen, der dafür dem Spital die vollen Kosten zu entgelten hätte. Im zweiten Falle würde der Staat anstelle des Patienten die gesamten Kosten des Spitalaufenthaltes übernehmen ²¹⁾. Für beide Varianten wäre eine obligatorische öffentliche Krankenversicherung für alle Einwohner des staatlichen Hoheitsgebietes vor auszusetzen, wobei die Versicherungsprämien eventuell in die ordentliche

²⁰⁾ Vgl. z. B. Tab. 6 sowie Beilage Nr. 7 des Anhanges.

²¹⁾ Vgl. England heute.

Besteuerung einbezogen und damit nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten abgestuft werden könnten ²²⁾). Unter der weiteren Voraussetzung, daß dem Spital flexible Kostgeldansätze nach Maßgabe der Kosten zugestanden werden, mit andern Worten, wenn das Spital seine effektiven Kosten voll auf das Kostgeld überwälzen kann, liegt der betriebswirtschaftliche Vorteil dieses Systems darin, daß sich die sozialpolitischen Probleme in bezug auf die finanzielle Belastung des Patienten aus der betriebswirtschaftlichen Aera in diejenige der Volkswirtschaft verlagern, wo sie hingehören, und den Spitalbetrieb seine Funktion als Einzelwirtschaft erfüllen lassen.

²²⁾ Hier besteht jedoch die Gefahr einer übermäßigen Beanspruchung der Versicherung. «They want their money's worth.»

Rekapitulation

Abschließend lassen sich aus den vorstehenden Ausführungen folgende Ergebnisse zusammenfassen:

Die öffentlichen Allgemeinspitäler der Schweiz sind Betriebswirtschaften, die trotz ihrer gemeinsamen Aufgabe äußerst verschiedenartige, durch den Zweck und Charakter der Anstalt sowie speziell durch die rechtliche Stellung bedingte Strukturmerkmale aufweisen. Die Standortbestimmung der Spitäler richtet sich infolge der Eigenart der Leistungserstellung teilweise nach andern Faktoren als in einem Produktionsbetrieb, ist aber in den heutigen konkreten Verhältnissen noch stark traditionsbedingt. Hinsichtlich der betrieblichen Größenordnung herrscht in der Schweiz das Kleinspital vor. Die Bestimmung der Betriebsgröße erfolgt im Krankenhaus ebenfalls nicht analog derjenigen in der Industrie, sondern hängt vorwiegend von den Bedürfnissen der Gesundheits- und Sozialpolitik ab, wobei Wirtschaftlichkeits- und Rentabilitätsfragen eher in den Hintergrund treten.

Auch die Darstellung der betrieblichen Funktionen, die weitgehend rein deskriptiv gehalten ist, zeigt wesentliche Abweichungen von den Leitsätzen der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre. Durch rechtliche und politische Faktoren beschränkt, ist die Betriebsleitung eher Verwaltungs- als Unternehmertätigkeit. Dabei muß als besonderes Merkmal festgestellt werden, daß diese vorwiegend wirtschaftlichen Aufgaben in der Schweiz mehrheitlich einem Arzt übertragen sind.

Bei der Beschaffung zeigen sich betriebswirtschaftlich außergewöhnliche Verhältnisse hinsichtlich der Anlagefinanzierung, zu der die öffentliche Hand je nach der rechtlichen Stellung der Anstalt teilweise in beträchtlichem Ausmaße beigezogen wird. Für die laufende Finanzierung wiederum ist festzuhalten, daß die Preisgestaltung im Spital weniger nach kostenmäßigen als vielmehr nach sozialen Gesichtspunkten erfolgt. Durch die soziale Entwicklung bedingt, stellt sodann die Beschaffung und Beherbergung von Arbeitskräften im Spital Probleme dar, die noch nicht befriedigend gelöst werden konnten und deren weitere Entwicklung schwer vorausszusehen ist. Der Einkauf vollzieht sich im Krankenhaus nach den wirtschaftlichen Grundsätzen, die jeder Betrieb zu achten hat. Eine Besonderheit ist lediglich in den Submissionsvorschriften zu sehen, deren Bedeutung für den Betrieb aber nicht zu unterschätzen ist.

Die Spitalleistung ist nicht das Ergebnis von stufenweise hintereinander erstellten Teilleistungen, sondern sie bildet sich aus dem simultanen Zusammenwirken der einzelnen Leistungsgruppen. Diese haben ihre Dienste dem jeweiligen individuellen Bedarf des Klienten anzupassen und sind somit Einflüssen ausgesetzt, die sich auch auf die Leistung als Ganzes übertragen. Zur Erkenntnis dieser Eigenartigkeiten sind die fun-

damentalen Teilleistungen einzeln erläutert und in ihrer konkreten Gestaltung dargestellt.

Die Untersuchung der Aufwände im Spital läßt das Uebergewicht der Personalkosten klar erkennen und zeigt, daß diese die Höhe der Gesamtaufwände weitgehend bestimmend beeinflussen. Auf die übrigen Kostenfaktoren entfallen relativ geringe Anteile, deren Erhöhung oder Verringerung im einzelnen keine wesentlichen Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtaufwände zeitigt.

Die Deckung der Aufwände erfolgt einerseits durch die finanziellen Leistungen des Patienten, resp. seines Garanten, und anderseits durch die öffentliche Hand und zwar in steigendem Maße, weil die Spitaltaxen nicht den vermehrten Aufwänden entsprechend erhöht werden können.

Die dadurch entstehenden und vom wirtschaftlichen Standpunkt aus zu verurteilenden Betriebsdefizite ziehen die Aufmerksamkeit aller direkt und indirekt Beteiligten bzw. Betroffenen auf sich, und die Frage einer wirtschaftlicheren Betriebsführung ist heute zum brennendsten Problem geworden. Von den verschiedenen Möglichkeiten zu dessen Lösung ist der Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens im Sinne einer Kostenstellenrechnung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle unbestritten die Dringendste. Das schematische Beispiel einer Betriebsabrechnung auf der Basis der heutigen, vereinheitlichten Buchhaltung mag hier die Richtung weisen.

Rationalisierungsmaßnahmen, speziell Standardisierungen sind auch im Krankenhaus möglich, allerdings nur in beschränktem Rahmen, der durch die Besonderheit der Leistungserstellung gegeben ist. Dieser Weg wird in der Spitalpraxis bereits beschritten, wenn auch die Wirkungen nicht dieselben sind wie in der Industrie.

Die zunehmende Ueberalterung der Bevölkerung leitet zur Frage einer Neuordnung des Spitalwesens hin, die in dem Sinne zu erfolgen hätte, daß Pflegebedürftige und Chronischkranke in separaten Anstalten unterzubringen wären, damit die Allgemeinspitäler mit ihren kostspieligen Einrichtungen ganz den Akutkranken zur Verfügung stehen könnten.

Sodann wird nach einem Finanzierungsmodus gesucht, der ein betriebsrationales Arbeiten der Spitäler ermöglicht und die volkswirtschaftlich-sozialen Probleme aus der Betriebssphäre verdrängt. Ob all diese und eventuelle andere Möglichkeiten in der Praxis realisiert werden und in welchem Ausmaß, wird die Zukunft zeigen.

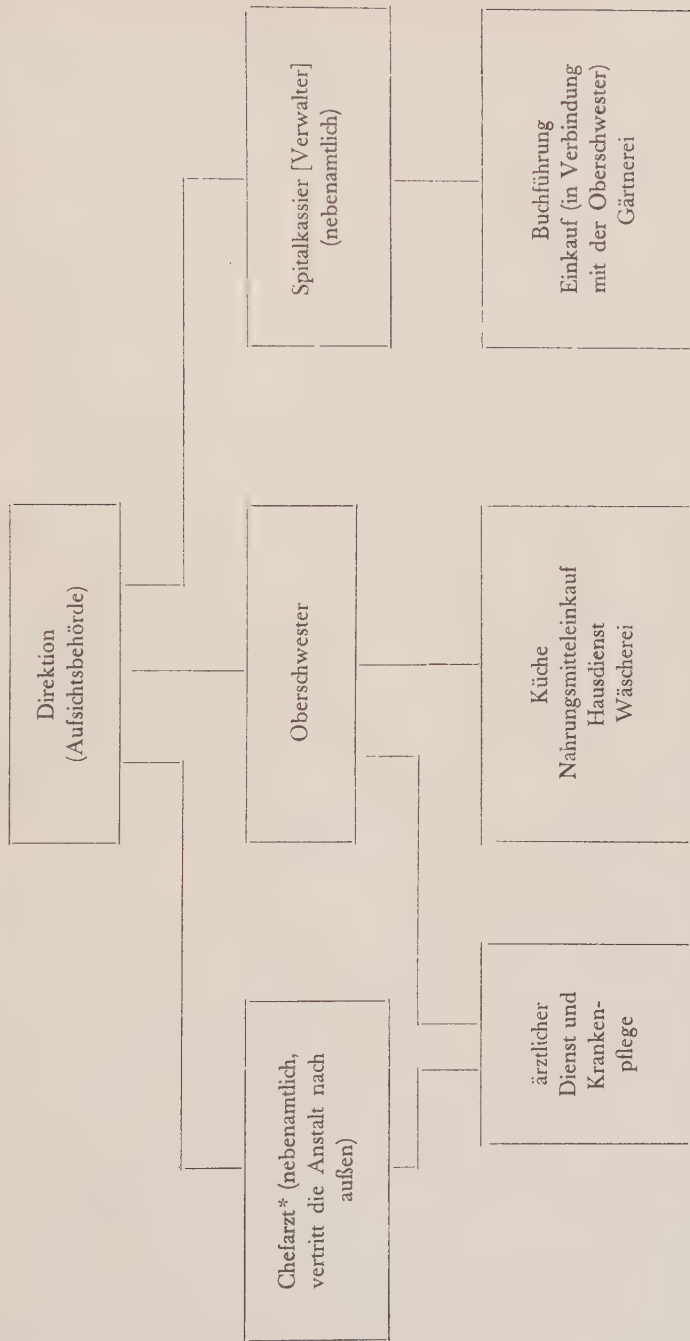
Curriculum vitae

Ich, Rolf Hans Ammann, von Aadorf (Thurgau), wurde am 16. Dezember 1925 als Sohn des Hans Ammann, Verwalter und seiner Ehefrau Ida, geb. Weber, in Liestal geboren.

Ich besuchte die Primar- und Bezirksschule in Liestal und die Maturitätsabteilung der kantonalen Handelsschule in Basel. Im Frühjahr 1945 immatrikulierte ich mich nach bestandener Maturitätsprüfung an der Universität Basel und besuchte die Vorlesungen, Uebungen und Seminarien der Herren Prof. Salin, Prof. Wagner, Prof. Furlan, Prof. Brogle, Prof. Simonius und Prof. Ruck.

Die vorliegende Arbeit entstand unter der Leitung von Herrn Prof. Brogle. Die mündliche Prüfung fand am 26. Mai 1951 statt.

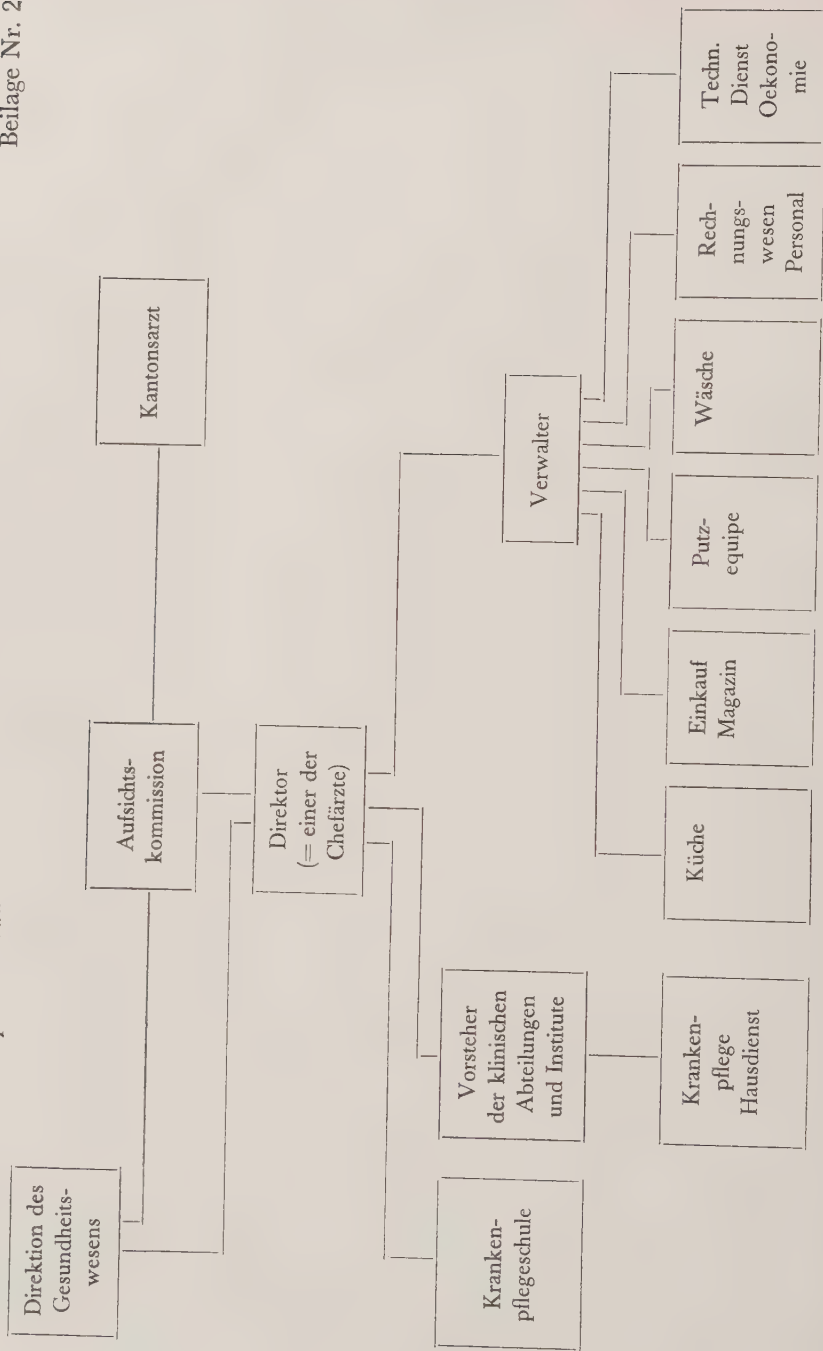
Anhang

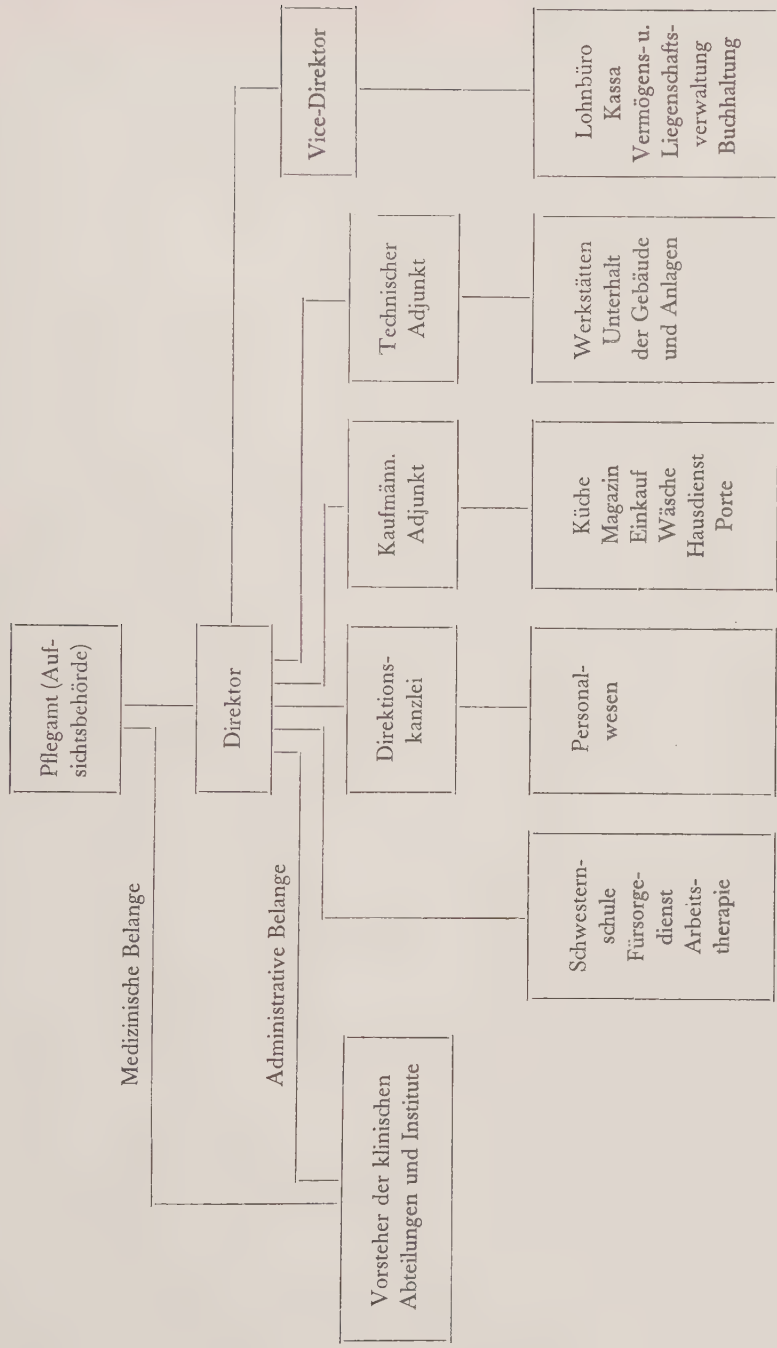


* Zwei frei praktizierende Aerzte teilen sich in dieses Amt auf die Weise, daß je einer für 2 Jahre als Spitalarzt amtiert.

Organisation des Kantonsspitals Aarau

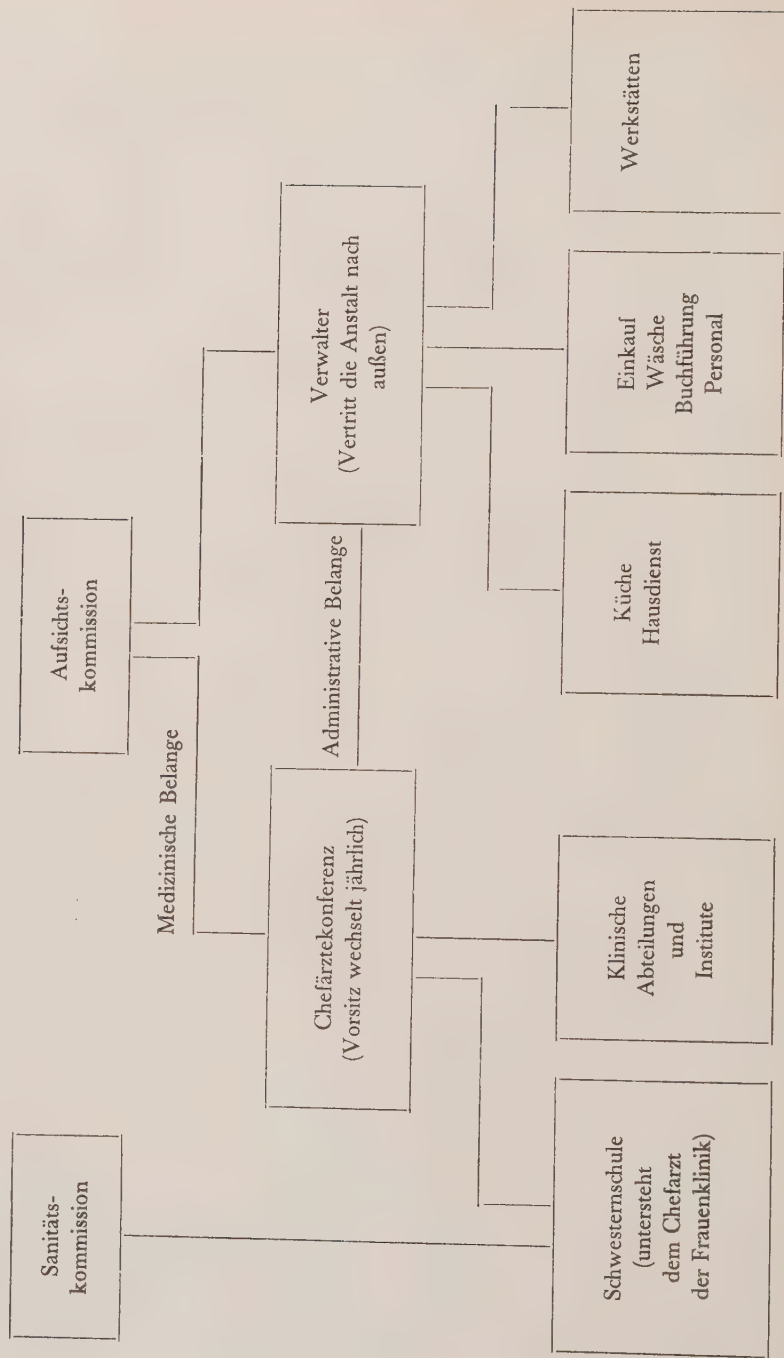
Beilage Nr. 2





Organisation des Kantonsspitals St. Gallen

Beilage Nr. 4



*Kontierung der Spitalbuchführung gemäß der eidgenössischen
Krankenhausstatistik*

Betriebsrechnung

- Ertrag:
1. Patienten-Kostgelder, d. h. Kostgeldeinnahmen von selbstzahlenden Patienten, deren Angehörigen, Krankenkassen, Versicherungen und Armenbehörden sowie Entnahmen aus speziellen Fonds (Freibettenfonds).
 2. Vergütungen des Personals für Unterkunft und Verpflegung.
 3. Vergütung besonderer Behandlungen wie Operationen, Medikamente, Laboruntersuchungen etc.
 4. Röntgen- und andere Institute.
 5. Landwirtschaftliche Betriebe.
 6. Besondere Erträge: Einnahmen aus dem Automobilbetrieb; Zinserträge von Liegenschaften, Wertschriften, Fonds.
 7. Subventionen von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie deren Beitrag zur Defizitdeckung.
 8. Zuwendungen von Privaten in der Form von Geschenken, Legaten, Vermächtnissen.
- Aufwand:
9. Personal-Ausgaben: Löhne, Versicherungen, Pensionskasse.
 10. Allgemeine Verwaltungskosten.
 11. Nahrungsmittel und Getränke.
 12. Ärztliche Bedürfnisse: Medikamente, Verbandmaterialien, Instrumente, Labor-Arbeiten, Desinfektion, ärztliche Literatur etc.
 13. Röntgen- und andere Institute.
 14. Elektrizitäts-, Wärme- und Wasserversorgung.
 15. Unterhalt des Inventars.
 16. Unterhalt der Gebäude.
 17. Uebrige Betriebskosten: Waschmittel, Automobilbetrieb, Beerdigungen etc.
 18. Kapital- und Mietzinsen.
 19. Abschreibungen.

Vermögensrechnung

- Aktiven:
1. Flüssige Mittel: Kassa, Postcheck, Bank.
 2. Wertschriften.
 3. Ausstehende Guthaben.
 4. Vorräte an Gebrauchs- und Verbrauchsgütern.
 5. Mobilien.
 6. Immobilien.
- Passiven:
1. Kurzfristige Verpflichtungen: Lieferantenrechnungen, Depositen.
 2. Langfristige Verpflichtungen: Darlehen, Hypotheken.

*Aufwände und deren Deckung in vier Spitälern von 1920—1935
in Franken pro Krankenpflegetag ¹⁾*

	Kantonsspital Zürich ²⁾	Kantonsspital Aarau	Bezirkskrankenhaus Burgdorf ³⁾	Bezirkskrankenhaus Herisau
<i>Totalaufwände</i>				
1920	13.—	10.46	6.37	7.08
1925	11.01	8.45	7.14	6.94
1930	12.57	7.44	7.18	7.59
1935	10.39	7.51	7.65	7.09
<i>Löhne und Gehälter</i>				
1920	3.92	2.66	1.49	1.69
1925	4.01	2.74	1.78	2.04
1930	4.85	2.78	1.82	2.34
1935	5.63	3.39	2.50	2.41
<i>Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke</i>				
1920	3.94	3.71	2.29	2.62
1925	2.77	2.86	2.23	1.96
1930	3.39	2.24	2.34	1.81
1935	2.05	1.91	1.74	1.33
<i>Kostgeldeinnahmen von Patienten (inkl. besondere Behandlungen)</i>				
1920	4.66	3.86	4.51	5.02
1925	5.28	5.70	5.04	4.95
1930	5.65	5.52	5.38	5.36
1935	5.15	5.44	5.74	4.97
<i>Beiträge der öffentlichen Hand</i>				
1920	8.34	6.55 ⁴⁾	1.42	1.30
1925	5.73	3.25	1.37	— .84
1930	6.92	2.74	1.21	— .78
1935	5.25	2.91	1.44	— .66

¹⁾ Die Zahlen dieser Tabelle sind den jeweiligen Jahresberichten der betr. Anstalt entnommen. Da ihnen keine einheitliche Berechnungsart zugrunde liegt, sind sie untereinander und mit den Ergebnissen der VESKA-Anhänge nicht absolut vergleichbar.

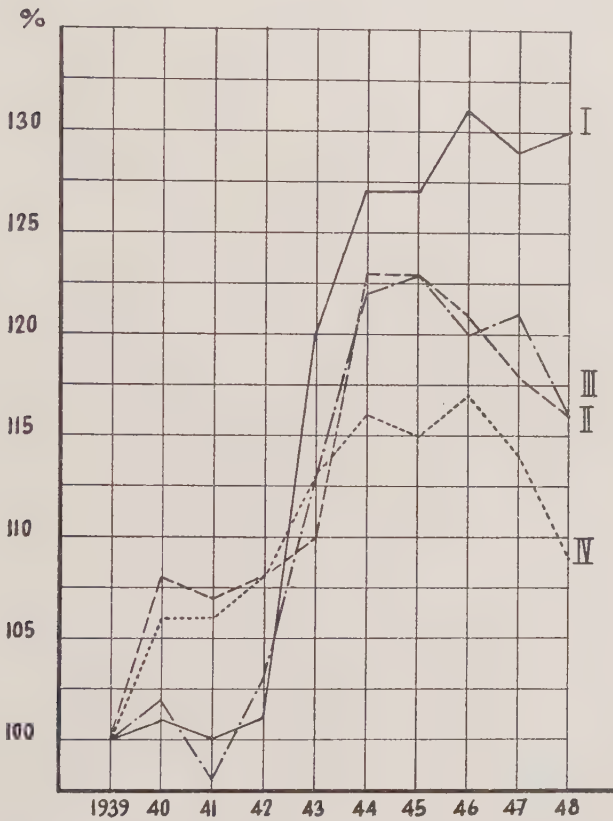
²⁾ Die Totalaufwände sind hier netto berechnet, d. h. abzüglich außerordentlicher Ausgaben für Erweiterungsbauten, Rückvergütungen auf Ausgabeposten, Vorratsvermehrung und Einnahmen der Polikliniken.

Da die Angaben für 1930 fehlen, sind dafür die entsprechenden Zahlen für 1931 eingesetzt.

³⁾ Die Angaben für 1920 fehlen. Die entsprechenden Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1921.

⁴⁾ Dieser hohe Betrag ist auf außerordentliche Ausgaben (Anschaffung eines Krankenautomobils, Bau einer Garage etc.) zurückzuführen.

Prozentuale Veränderung der Pflegetage



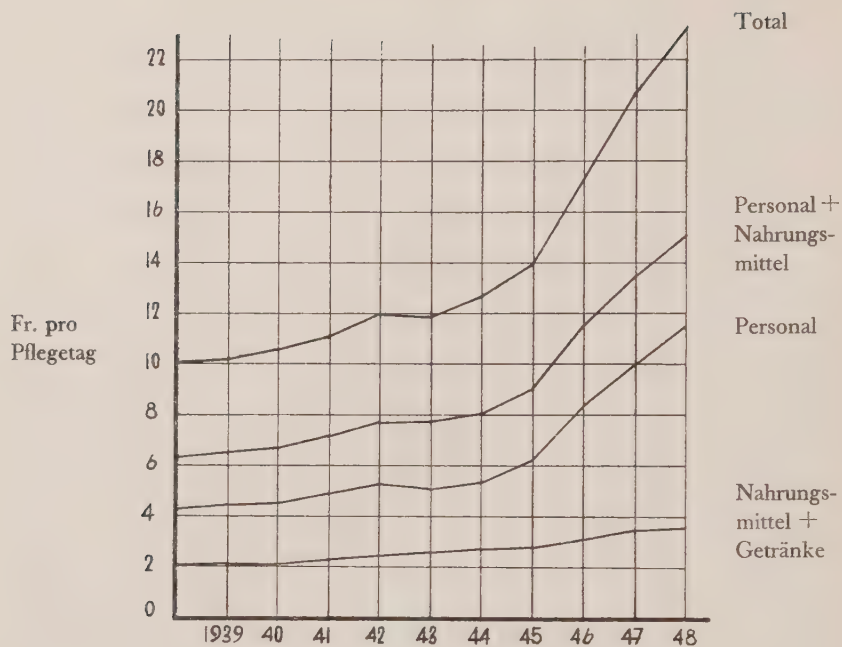
I Universitätsspitäler

II Kantonsspitäler

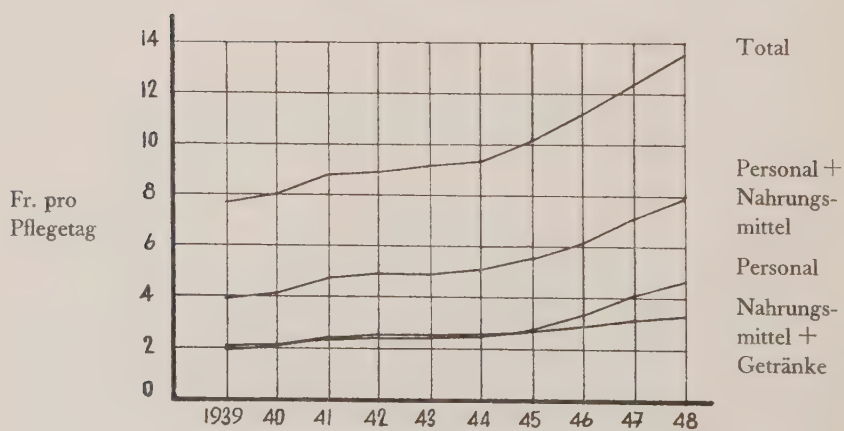
III Allgemeine Spitäler über 75 Betten

IV Allgemeine Spitäler unter 75 Betten

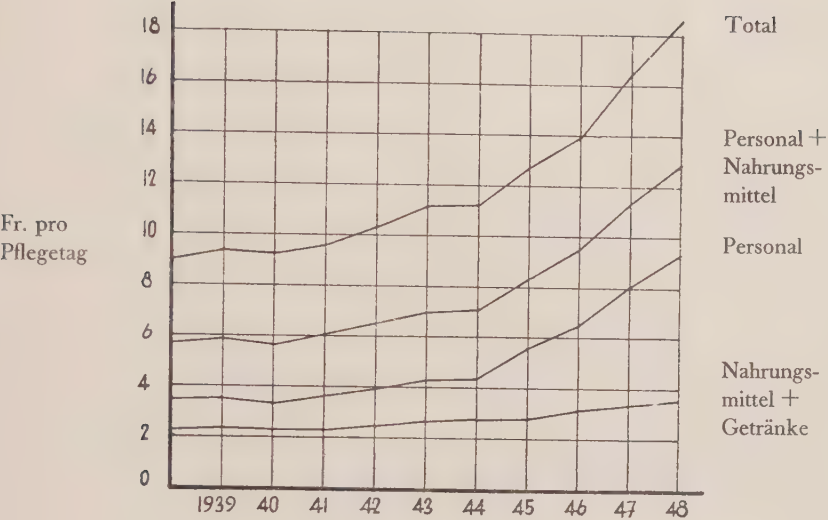
Universitätsspitäler



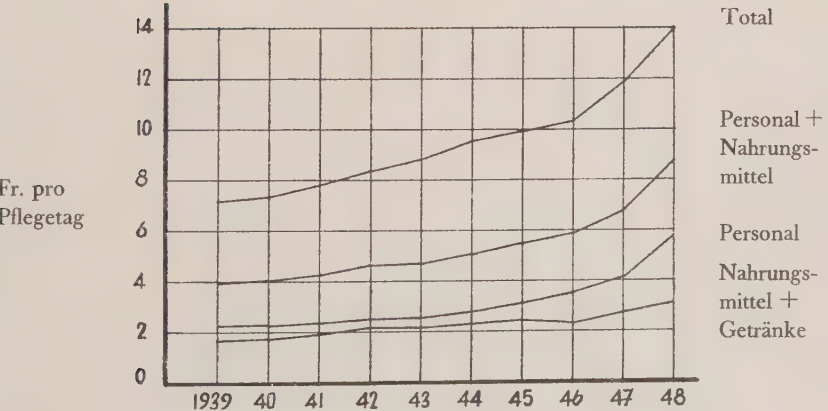
Allgemeine Spitäler über 75 Betten



Kantonsspitäler

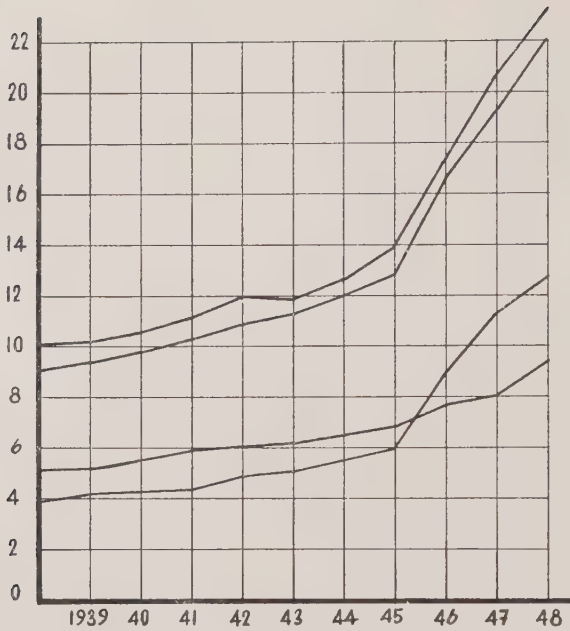


Allgemeine Spitäler unter 75 Betten



Universitätsspitäler

Fr. pro
Pflegetag



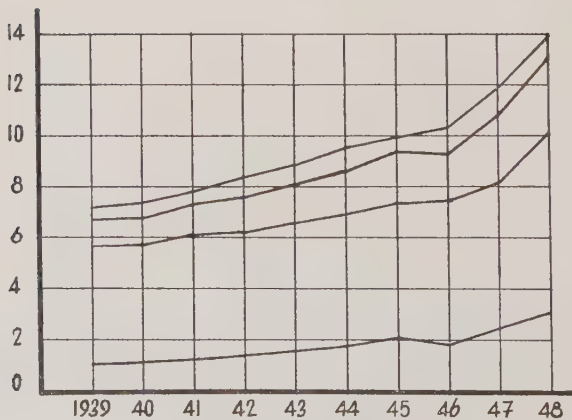
Total-
Aufwd.
Patient +
öff. Hand

Öffentl.
Hand

Patient

Allgemeine Spitäler über 75 Betten

Fr. pro
Pflegetag

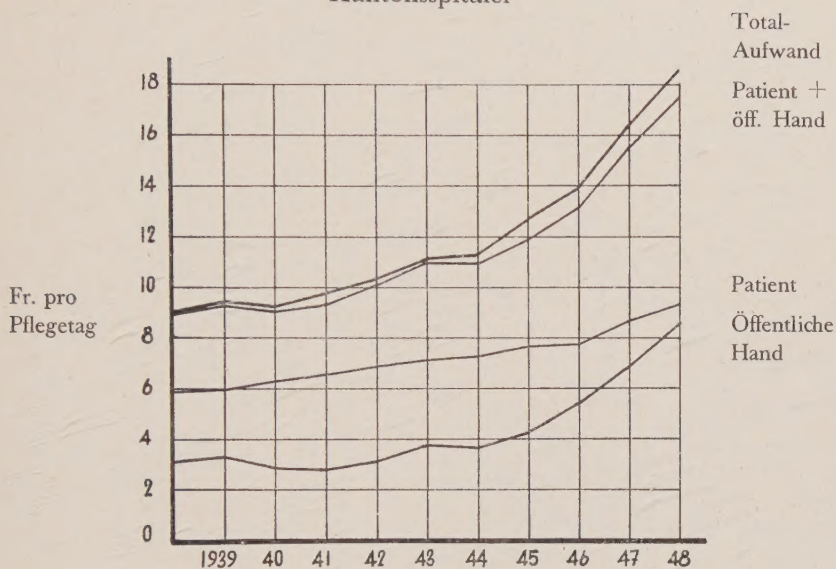


Total-
Aufwd.
Patient +
öff. Hand

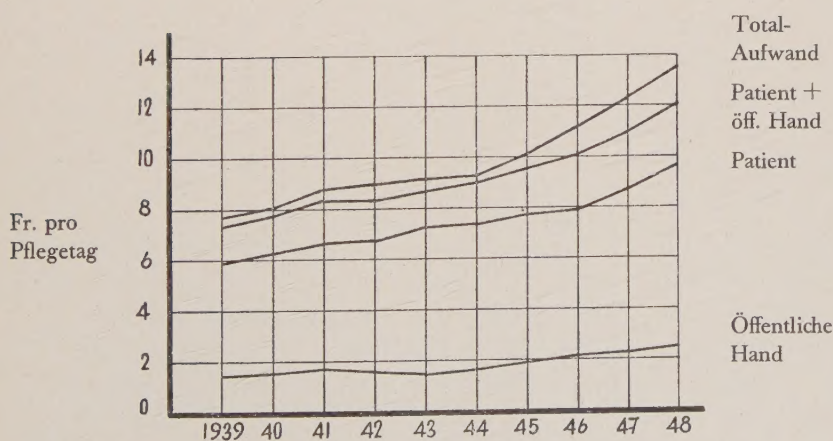
Patient

Öffentl.
Hand

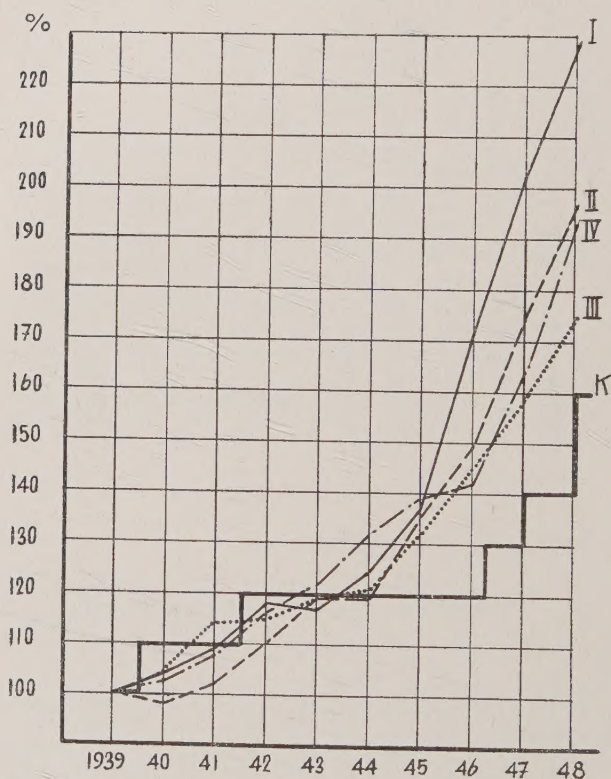
Kantonsspitäler



Allgemeine Spitäler unter 75 Betten



Prozentuale Aufwandvermehrung
und maximale bewilligte Kostgelderhöhung



- I Universitätsspitäler
- II Kantonsspitäler
- III Allgemeine Spitäler über 75 Betten
- IV Allgemeine Spitäler unter 75 Betten
- K Von der eidg. Preiskontrolle bewilligte maximale Kostgelderhöhungen

